Canada Health Act Annual Report 1990-1991

Canada

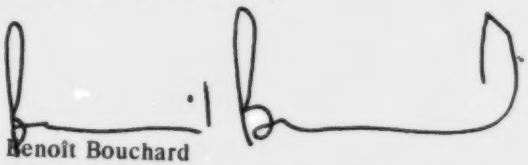
92-04748/

His Excellency, the Right Honourable Ramon John Hnatyshyn, Governor General and Commander-in-Chief of Canada.

May it please Your Excellency:

The undersigned has the honour to present to Your Excellency the Annual Report on the administration and operation of the *Canada Health Act* for the fiscal year ended March 31, 1991.

Respectfully submitted,



Benoît Bouchard
Minister of National Health and Welfare

©Minister of Supply and Services, 1991
Cat. HI-4/1991
ISBN 0-662-58598-4

TABLE OF CONTENTS

		Page
PREFACE		5
INTRODUCTION		7
CANADA HEALTH ACT OVERVIEW		
Criteria		9
Conditions		10
Other		10
Regulations		11
FEDERAL CONTRIBUTIONS AND PAYMENTS		
Federal-Provincial Health Financing Arrangements		13
Contributions and Payments to the Provinces		13
Table I	Provincial and Territorial Entitlements in Respect of Insured Health Services and Extended Health Care Services for 1990-91	15
Table II	Status of Provincial and Territorial Annual Entitlements in Respect of Federal Contributions to Health Care Services	16
Table III	Cash Payments in Respect of Health Care Contributions Programs for 1990-91	17
Extra-Billing/User Charges Provisions		18
Canada Health Act - Administration		19
Information		20

PROVINCIAL AND TERRITORIAL HEALTH CARE INSURANCE PLANS

	Page
Events/Changes	21
Newfoundland	25
Prince Edward Island	29
Nova Scotia	35
New Brunswick	39
Quebec	43
Ontario	49
Manitoba	53
Saskatchewan	57
Alberta	63
British Columbia	69
Yukon	75
Northwest Territories	79

PREFACE

Events of national impact made 1990 a year of significance for Canadians. Uncertainty existed concerning our constitutional future and our national unity. The uncertainty included concerns by some about the future of our social programs, most notably, the future of our national health care system.

Is the federal government committed to maintaining our national health care system? The answer is an emphatic "yes".

There has been a long-standing partnership between the federal and provincial/territorial governments related to the funding and provision of health care. Through compromise and cooperation, this partnership has led to the development of a fine health care system, much envied by other countries and much loved by Canadians.

The esteem with which Canadians hold their health care system can neither be ignored nor taken lightly. Public opinion polls continually record favourable views. A 1990 study of 10 nations, including Canada, revealed that Canadians were the most satisfied with their system of health care. Other polls indicate that Canadians are certainly aware of some of the challenges facing the system, such as waiting lists for some procedures and rising health care costs, but there is no doubt that the majority of Canadians would prefer to keep the system essentially as is, but run more efficiently.

It is more important than ever that all players in health care - government players and health care providers at all levels, non-governmental organizations and consumer groups - work cooperatively to ensure that Canadians continue to receive quality, accessible care at reasonable cost. The need for such commitment comes at a particularly sensitive time in our history, and the challenge is clear.

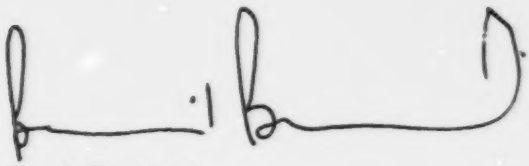
If our health care system is not safeguarded and nurtured in a cooperative and collaborative fashion, if the commitment to the system diminishes, a commitment Canadians want and my government holds seriously, then its very existence may be in jeopardy.

Commitment to maintaining our national health care system must go hand in hand with commitment to fiscal responsibility. The objective of deficit control has resulted in federal fiscal restraint applied to health care transfer payments to the provinces and territories. In spite of this restraint, these transfer payments still increase in accordance with population increases. As well, the February 1991 federal budget included a provision to amend the *Fiscal Arrangements Act* to enforce the national standards of the *Canada Health Act*.

The provinces and territories face common cost pressures that include an aging population, technology, public expectations, human resources, and system inefficiencies. The reduction of the rate of growth of federal transfers and lower revenues associated with a slowing economy have added to these pressures. At the same time, it is interesting to observe that task forces and commissions established within most provinces during the past few years have generally concluded that the health system is not underfunded. Common themes running through the various studies suggest that some reorganization and changes in delivery are necessary, better utilization of resources is required, and "good health" must be more actively promoted through a combination of healthier lifestyles and improved living and working conditions.

The federal government, in collaboration with the provinces, territories and other stakeholders, is addressing particular areas of cost pressure in health care. Examples of federal-provincial-territorial cooperation in 1990 are described in this report.

The future of our world-renowned national health care system is very dependent upon how Canadians cooperatively deal with the challenges facing it today. I am confident that we are up to the task.



Benoît Bouchard

INTRODUCTION

The *Canada Health Act* received Royal Assent on April 17, 1984, with the unanimous support of the House of Commons and Senate. The *Act*, which came into force as of April 1, 1984, repealed the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act* and the *Medical Care Act*. Consequential amendments were made to the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Established Programs Financing Act, 1977 (EPF Act)*, including the change of its name to the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act, 1977 (Act of 1977)*.

The purpose of this report is to meet the requirements stated in section 23 of the *Canada Health Act*, namely that

> *"The Minister shall, as soon as possible after the termination of each fiscal year and in any event not later than December 31 of the next fiscal year, make a report respecting the administration and operation of this Act for that fiscal year, including all relevant information on the extent to which provincial health care insurance plans have satisfied the criteria, and the extent to which the provinces have satisfied the conditions, for payment under this Act, and shall cause the report to be laid before each House of Parliament on any of the first fifteen days on which that House is sitting after the report is completed."*

Provinces,* which are required to provide information as the Minister may deem necessary for the purposes of the *Act*, have supplied information on the operation of their health care plans as they relate to the criteria and conditions of the *Act*.

Much of this report contains a province-by-province description of each health insurance plan as it relates to the criteria and conditions. As well, in order to further fulfil the conditions of the *Act*, the activities with regard to extended health care services are described at the end of each provincial section.

The report also describes such areas as the key provisions of the *Act*, the federal administration of the *Act*, the consultation process and the federal-provincial financing arrangements. One section focuses on the major developments that occurred in the fiscal year 1990-91, with regard to changes in the provincial health insurance plans.

With respect to quantitative information, detailed information of this nature is available through such sources as the Policy, Planning and Information Branch of Health and Welfare Canada, and Statistics Canada.

---

*Any reference to provinces includes the territories, unless otherwise specified.

CANADA HEALTH ACT OVERVIEW

The purpose of the *Canada Health Act* is to

> *"establish criteria and conditions that must be met before full payment may be made under the Act of 1977 in respect of insured health services and extended health care services provided under provincial law."*

These criteria, conditions and provisions relating to extra-billing and user charges are set out in sections 7 through 12 and sections 13, 18 and 19 of the *Act*. The criteria and extra-billing and user charge provisions apply to insured health services only, and do not pertain to extended health care services (EHCS). Only the conditions, as set out in section 13, relate to both insured health services and EHCS.

The insured health services defined by the *Canada Health Act* include all medically necessary hospital services and medically required physician services, as well as medically or dentally required surgical-dental services requiring a hospital for their proper performance.

Under the *Canada Health Act*, extended health care services (EHCS) payments are made in respect of nursing home intermediate care, adult residential care, home care and ambulatory health care. The services are part of a broad range of health and social services offered by a variety of community and institutional programs and facilities to residents of a province. The majority of residents using these services are age 65 years and over.

The criteria and conditions that each provincial health insurance plan must meet in order to receive full federal cash contributions under the *Act of 1977 (Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act, 1977)* in each fiscal year are:

Criteria

a) Public Administration

Pursuant to section 8, the health care insurance plan must be administered and operated on a non-profit basis by a public authority, responsible to the provincial government and subject to audit of its accounts and financial transactions.

b) Comprehensiveness

Pursuant to section 9, the plan must insure all insured health services provided by hospitals, medical practitioners, or dentists, and, where permitted, services rendered by other health care practitioners.

c) Universality

Section 10 requires that 100 percent of the insured persons of a province be entitled to the insured health services provided for by the plan on uniform terms and conditions.

d) Portability

In accordance with section 11, residents moving to another province must continue to be covered for insured health services by the home province during any minimum waiting period imposed by the new province of residence not to exceed three months.

For insured persons, insured health services must be made available while they are temporarily absent from their own provinces on the basis that:

- insured services received out-of-province, but still in Canada, are to be paid for by the home province at host province rates unless another arrangement for the payment of costs exists between the provinces. Prior approval may be required for elective services.

- services out-of-country are to be paid, as a minimum, on the basis of the amount that would have been paid by the home province for similar services rendered in-province. Prior approval may also be required for elective services.

e) Accessibility

By virtue of section 12, the health care insurance plan of a province must provide for:

- insured health services on uniform terms and conditions and reasonable access by insured persons to insured health services unprecluded or unimpeded, either directly or indirectly, by charges or other means;

- reasonable compensation to physicians and dentists for all insured health services rendered;

- payments to hospitals in respect of the cost of insured health services.

Conditions

In addition to the aforementioned criteria, the conditions that provincial governments must meet in order to be eligible for the full cash portion of the federal contribution and payment in respect of insured health services, as well as extended health care services, are:

- the provision of information that the Minister of National Health and Welfare may require for the purposes of this *Act*, and may prescribe in regulations; and,

- the appropriate recognition in regard to federal contributions towards insured and extended health care services, as may be prescribed in regulations.

Other

There are also provisions relating to extra-billing and user charges, and these are described in sections 18 and 19.

The *Canada Health Act* also prescribes a discretionary mechanism to resolve disagreements. In the event that the federal Minister is of the opinion that a provincial plan does not satisfy any of the criteria or the information and visibility conditions, reductions to federal contributions may be made. Prior to referring the matter to the Governor in Council, the

Minister must notify the province of his concern, seek clarification from the province, report on the findings, and, if requested by the provincial health minister, meet to discuss the matter.

Only upon satisfaction of the Governor in Council that the province has ceased to satisfy any one of the criteria or conditions may an order be issued to reduce or withhold cash contributions to a province.

Regulations

The *Act* provides for the making of regulations for its administration, including regulations on:

a) Extended Health Care Services

The extended health care services regulations would provide for the definition in greater detail of those services listed in the *Act* as "extended health care services". The *Act* requires the agreement of each of the provinces prior to any regulations being made in this respect, unless the regulations are substantially the same as those made under the *Act of 1977*.

b) Hospital Services Exclusions

Hospital Services are defined in the *Act* (section 2) to be all medically necessary in-patient and out-patient services provided at a hospital, except those services specifically excluded by regulations.

Under the *Hospital Insurance and Diagnostic Services Act*, agreements between Canada and the provinces provided for certain "exclusions" to coverage. The purpose of the Hospital Services Exclusions Regulations under the *Canada Health Act* would be to embody established precedents and list those services that may be delivered in a hospital setting but that would not be considered insured hospital services.

Under the *Canada Health Act*, agreement is required by all provinces in order to make regulations in respect of these exclusions.

c) Information

Regulations may be established to prescribe the types of information the Minister may require for the purposes of the *Act*, and the times at which and the manner in which the information shall be provided. Prior to regulations being made, the Minister must consult with the ministers responsible for health care in the provinces. The Extra-Billing and User Charges Information Regulations are the only regulations promulgated to date.

d) Recognition of Contributions and Payments by Canada

Regulations may be made regarding the form and manner in which the provinces are required to recognize federal contributions and payments made under the *Act*. Prior to enactment of these regulations, the Minister must consult with the ministers responsible for health care in the provinces.

FEDERAL CONTRIBUTIONS AND PAYMENTS

Federal-Provincial Health Financing Arrangements

The federal government contributes to the operation of provincial health insurance plans (insured health services) according to the provisions of the *Federal-Provincial Fiscal Arrangements and Federal Post-Secondary Education and Health Contributions Act*. Under the *Act*, provinces are entitled to equal per capita federal health contributions ($539.49 per capita in 1990-91) escalated annually. The escalator, a three-year compound moving average rate of increase in nominal Gross National Product (GNP) per capita, is applied to the 1975-76 federal contributions per capita to provincial hospital and medical insurance plans, then multiplied by the population of each province to determine the provincial entitlement.

In recent years, adjustments have been made to the escalator because of the need to restrain federal expenditures. In 1986-87, Established Programs Financing (EPF) growth was limited to the rate of growth as determined by the escalator, less two percentage points. The February 20, 1990, federal budget froze per capita transfers for 1990-91 and 1991-92 at the 1989-90 level. This meant that the transfer payments for 1990-91 and 1991-92 would be adjusted according to changes in the population of each province, or an estimated one percent increase nationally. The February 26, 1991, budget further extended this freeze at the 1989-90 level to 1994-95. Beginning in 1995-96, the growth of the contributions will be calculated in accordance with the escalator, less three percentage points. Increases will be guaranteed not to fall below the rate of inflation.

Health contributions to the provinces consist of both a cash transfer and an equalized tax transfer. Under EPF, the federal government transferred a total of 13.5 personal income tax points and one corporate income tax point to all provinces in support of post-secondary education and health programs. In the case of Quebec, an additional 8.5 personal income tax points were transferred under Part VII of the *Act* as a special abatement originating under the *Established Programs (Interim Arrangements) Act*.

In order to determine cash amounts payable to the provinces for health care, the total value of the tax transfer is first determined. This equalized tax transfer is then subtracted from the total provincial health entitlement in respect of insured health services. The difference is paid in the form of a monthly cash contribution to each province, provided the provincial plan satisfies the criteria and conditions set out in the *Canada Health Act*.

Provinces also receive equal per capita cash payments in respect of extended health care services. These services are defined in the *Canada Health Act*. This payment, which was initially set at $20 per capita for 1977-78, is escalated annually by the same escalator applied to the health contributions. In 1990-91, this payment was $51.62. It is payable to the provinces provided the two conditions of information and recognition set out in the *Canada Health Act* are satisfied.

Contributions and Payments to the Provinces

The following tables depict the federal health contributions to which provinces are entitled in terms of cash and tax transfers, and the actual value of cash contributions made in 1990-91.

Table I presents the amounts of federal contributions to which provinces were entitled for fiscal year 1990-91. These are advance figures, since all the information required to calculate actual provincial entitlements will not be available until 1993.

Table II provides the current status of provincial annual entitlements. These amounts represent the latest figures for the three prior years that have not been finalized.

Table III reports on the total payments made to the provinces in fiscal year 1990-91. The amounts reflect the net transfers of 1990-91 cash payments including prior years' adjustments. These adjustments represent the interim revisions to annual provincial entitlements that are not finalized until three subsequent years have passed. These differences are adjusted in whole or by installment and are included with the monthly cash transfers in the month(s) following the calculations.

Provincial and Territorial Entitlements in Respect of Insured Health Services and Extended Health Care Services 1990-91

(in thousands of dollars)

	Insured Services			Extended Health Care Services	Total Contributions
	Cash Contributions	Tax Transfers	Total		
Newfoundland	134,356	145,198	279,554	29,576	309,130
Prince Edward Island	30,576	33,043	63,619	6,731	70,350
Nova Scotia	209,059	225,933	434,992	46,020	481,012
New Brunswick	169,739	183,436	353,175	37,364	390,539
Quebec	838,462	2,460,663	3,299,125	349,033	3,648,158
Ontario	1,772,640	2,974,994	4,747,634	502,279	5,249,913
Manitoba	255,557	276,181	531,738	56,255	587,993
Saskatchewan	234,548	253,476	488,024	51,631	539,655
Alberta	597,913	607,047	1,204,960	127,479	1,332,439
British Columbia	736,492	791,394	1,527,886	161,644	1,689,530
Yukon	6,427	6,258	12,685	1,342	14,027
Northwest Territories	12,433	13,912	26,345	2,787	29,132
CANADA	4,998,202	7,971,535	12,969,737	1,372,141	14,341,878

Note: Amounts do not include prior years' adjustments or deductions where applicable.

Department of Finance
December 11, 1990
Second Adjustment to Advances

Status of Provincial and Territorial Annual Entitlements in Respect of Federal Contributions to Health Care Services

(In thousands of dollars)

Table II

	1987-88 Entitlements Result of Final Calculations Dated November 1, 1990					1988-89 Entitlements Result of Second Interim Adjustments Dated February 28, 1991					1989-90 Entitlements Result of First Interim Adjustments Dated February 28, 1991				
	Insured Services			Extended Health Care Services	Total	Insured Services			Extended Health Care Services	Total	Insured Services			Extended Health Care Services	Total
	Cash	Tax	Total			Cash	Tax	Total			Cash	Tax	Total		
Newfoundland	138,223	114,275	252,498	26,713	279,211	140,549	123,789	264,338	27,966	292,304	141,498	137,080	278,578	29,472	308,050
Prince Edward Island	30,973	25,607	56,580	5,986	62,566	31,752	27,966	59,718	6,318	66,036	32,214	31,210	63,424	6,710	70,134
Nova Scotia	213,623	176,613	390,236	41,285	431,521	217,913	191,932	409,845	43,360	453,205	219,532	212,679	432,211	45,726	477,937
New Brunswick	173,307	143,282	316,589	33,494	350,083	176,500	155,456	331,956	35,120	367,076	178,075	172,514	350,589	37,091	387,680
Quebec	1,018,960	1,911,189	2,930,149	309,997	3,240,146	1,023,676	2,062,501	3,086,177	326,504	3,412,681	975,755	2,289,170	3,264,925	345,415	3,610,340
Ontario	1,887,359	2,230,565	4,117,924	435,658	4,553,582	1,889,624	2,493,288	4,382,912	463,693	4,846,605	1,879,268	2,793,964	4,673,232	494,407	5,167,639
Manitoba	262,528	217,045	479,573	50,737	530,310	267,877	235,936	503,813	53,301	557,114	268,822	260,428	529,250	55,992	585,242
Saskatchewan	247,151	204,332	451,483	47,765	499,248	250,432	220,571	471,003	49,830	520,833	249,616	241,823	491,439	51,992	543,431
Alberta	576,899	479,894	1,056,793	111,804	1,168,597	597,117	512,983	1,110,100	117,444	1,227,544	624,960	557,167	1,182,127	125,064	1,307,191
British Columbia	727,892	572,154	1,300,046	137,539	1,437,585	744,588	640,399	1,384,987	146,526	1,531,513	754,199	735,437	1,489,636	157,597	1,647,233
Yukon	5,843	5,046	10,889	1,152	12,041	6,172	5,539	11,711	1,239	12,950	6,194	6,149	12,343	1,306	13,649
Northwest Territories	12,449	10,663	23,112	2,445	25,557	12,161	12,098	24,259	2,566	26,825	12,820	13,184	26,004	2,751	28,755
CANADA	5,295,207	6,090,665	11,385,872	1,204,575	12,590,447	5,358,361	6,682,458	12,040,819	1,273,867	13,314,686	5,342,953	7,450,805	12,793,758	1,353,523	14,147,281

Health Insurance Directorate
Health Services and Promotion Branch
Health and Welfare Canada

Cash Payments in Respect of Health Care Contributions Programs 1990-91

(in thousands of dollars)

	Insured Health Services	Extended Health Care Services	Total Contributions
Newfoundland	128,448	29,713	158,161
Prince Edward Island	29,295	6,730	36,025
Nova Scotia	199,463	45,922	245,385
New Brunswick	162,352	37,437	199,789
Quebec	841,178	351,004	1,192,182
Ontario	1,539,770	503,708	2,043,478
Manitoba	245,686	56,390	302,076
Saskatchewan	224,946	51,944	276,890
Alberta	576,264	126,667	702,931
British Columbia	692,747	161,616	854,363
Yukon	6,187	1,338	7,525
Northwest Territories	11,411	2,817	14,228
CANADA	4,657,747	1,375,286	6,033,033

Note: Amounts include prior years' adjustments.

Health Insurance Directorate
Health Services and Promotion Branch
Health and Welfare Canada

Extra-Billing/ User Charges Provisions

The *Canada Health Act* states that

> *"continued access to quality health care without financial or other barriers will be critical to maintaining and improving the health and well-being of Canadians".*

This principle of accessibility is reflected by specific provisions in the *Act* intended to discourage extra-billing and user charges.

The *Act* stipulates that a province may qualify for a full cash contribution in respect of insured health services for a fiscal year, only if no payments are made under the provincial health care insurance plan that have been subject to extra-billing. Additionally, the province must not permit user charges for insured health services under the plan, except as provided for under subsection 19 (2) respecting persons who require chronic care and who are more or less permanently residing in a hospital or other institution. If it has been determined that either extra-billing or user charges, or both, exist in a province, then a mandatory deduction is to be made from the federal cash contribution. The amount of such a deduction for a fiscal year is an amount that, on the basis of information provided by the province in accordance with the Extra-Billing and User Charges Information Regulations, the Minister of National Health and Welfare determines to have been charged through extra-billing or user charges. Where a province does not provide the information according to the Regulations, the amount of the deduction is an amount that the Minister estimates to have been so charged pursuant to subsections 20 (1) and 20 (2) of the *Act*.

The mandatory deduction provisions in respect of extra-billing and user charges took effect as of July 1, 1984. Regulations enabling the Minister to determine the amount of the deductions were promulgated in February 1986 as the Extra-Billing and User Charges Information Regulations. In accordance with section 20 and the Regulations, estimates of extra-billing and user charges for a fiscal year are established by the Minister, upon which deduction amounts, when appropriate, are determined. The estimated amounts are deducted over the twelve-month period, and the monthly advance payments to the provinces are adjusted accordingly.

Subsection 20 (5) of the *Act* provided an incentive for the early elimination of these charges. A province that ended extra-billing or user charges within three years of the coming into force of the *Act*, that is, before April 1, 1987, was entitled to have the total amount of deductions refunded.

All provinces in which direct charges existed did, in fact, establish or revise laws, regulations or practices to comply with the extra-billing and user charges conditions by the established deadline. Consequently, prior withheld funds were paid to the provinces as required under the *Act*.

***Canada Health Act* - Administration**

The *Canada Health Act* aims to ensure that all residents of Canada have access to necessary health care on a prepaid basis by establishing criteria and conditions for the provinces and territories to satisfy in order to qualify for their full share of the federal transfers for health care services.

The Minister of Finance establishes the amounts of federal transfers for health care programs to which the provinces are "entitled". The Minister of National Health and Welfare is responsible for determining the amounts of any deductions or withholdings pursuant to the *Canada Health Act*, including those for extra-billing and user charges.

On behalf of the Minister, the Health Insurance Directorate, Health Services and Promotion Branch of National Health and Welfare, administers payments and ensures systematic monitoring of the criteria and conditions as set out in the *Canada Health Act*. Accordingly, during the year under review, a number of issues related to possible non-compliance were identified and subsequently resolved, while some cases are currently under review. The Directorate also carries out the consultative, analytic and administrative functions pertaining to the administration of the *Act*.

In rare instances, residents of Canada, through no fault of their own, are unable to obtain coverage. The Health Insurance Supplementary Fund, which consists of federal and provincial contributions and is also administered by the Health Insurance Directorate, provides for payment of claims in such cases. During 1990-91, no payments were made from this fund. The balance of the fund on March 31, 1991, was $28,386.44.

As well as being responsible for the administration of the *Canada Health Act*, officials coordinated activities and consulted with provincial counterparts on matters relating to the *Canada Health Act*, through such mechanisms as the Federal-Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services. This committee serves as a continuing forum for consultation and information exchange between officials and consists of senior provincial and territorial health insurance plan officials, as well as representatives of the federal government.

During fiscal year 1990-91, the Advisory Committee met twice to discuss issues related to the *Canada Health Act*, such as:

- a request from the Conference of Deputy Ministers of Health to examine the issue of quality assurance and effectiveness in health care;
- a review of the scientific evidence on cancer of the cervix and the presentation of a series of recommendations for action;
- an examination of the rising costs of blood products in hospital global budgets;
- pursuing the monitoring of the implementation of the National Physician Database; and
- reviewing the evidence on new modalities of care and exploring their impact on the health system.

The Advisory Committee continued its liaison with a number of major national health organizations, such as the Canadian Hospital Association, the Canadian Council on Health Facilities Accreditation, the Canadian Standards Association and the MIS Group.

Information

Ministers have agreed that the most efficient approach to information exchange is to fully utilize and, where necessary, build upon existing joint information systems. There are Extra-Billing and User Charges Information Regulations that were promulgated by the Governor in Council. Also, at the request of the Minister of National Health and Welfare, annual statements are provided by provincial health ministers. These statements describe operations of provincial plans in relation to the *Canada Health Act* and are incorporated into the production of this report.

PROVINCIAL AND TERRITORIAL HEALTH CARE INSURANCE PLANS

EVENTS/CHANGES

The following is a list of some selected developments over the course of the 1990-91 fiscal year:

Newfoundland:

- The Departments of Health and Social Services have developed a plan for the delivery of continuing care services on a regional basis. This plan will be implemented over three years, commencing in fiscal year 1991-1992.

Prince Edward Island:

- The Hospital Roles Panel released its report (four volumes).

- Establishment of a poison-control program, in conjunction with the Izaak Walton Killam Hospital in Halifax.

- Review of out-of-province referral system and computerization of out-of-province claims processing.

Nova Scotia:

- *Health Strategy for the Nineties: Managing Better Health* was publicly released in November 1990, following detailed analysis of the Royal Commission on Health Care's recommendations.

New Brunswick:

- Global capping of the medicare budget came into effect on July 1, 1990. This measure limits fee-for-service payments to physicians within their allotted budget. Over-expenditure, as measured quarterly, would result in an across-the-board fee reduction based on the percentage of over-expenditure in the preceding quarter.

- A medicare incentive/disincentive program was initiated on July 1, 1990. This program pays 110 percent of the fee schedule to new physicians (general practitioners or specialists) establishing practices outside of designated areas (outside of a forty kilometre radius of Fredericton, Moncton and Saint John), and 75 percent of the fee schedule to new general practitioners establishing practices within the designated areas noted. New specialists establishing practices in the designated areas are paid at 100 percent.

- Implementation of mandatory electronic billing (teletransmission) from physician offices to Medicare was initiated in 1990-91, with the objective of having all physicians on-line by March 31, 1992.

Quebec:

- The health and social services system reforms were tabled in the National Assembly by the Minister of Health and Social Services. The National Assembly will be asked to sanction the necessary legislative arrangements to pass the main measures and to initiate the most significant amendments.

Ontario:

- Data collection was completed for the Ontario Health Survey. The health survey, the first of its kind in Ontario, will give health officials, health planners, and residents a better picture of the health status of Ontario and how it can be improved.

- The Ontario Ministry of Health continued implementation of the new Ontario Health Card. The new card will give each Ontario resident a new unique lifetime number. Once fully implemented, the new number will provide health officials and planners with valuable information on the regional distribution of health care services and other health care needs.

- The Ontario Ministry of Health continued its negotiations with the Ontario Medical Association (OMA). These negotiations will help to define a new constructive working relationship between the Ministry and the OMA and the province's physicians.

Manitoba:

- The Manitoba Health Services Development Fund was established to support project-based initiatives with the potential to improve the health status of the population, contain health care expenditures, and in specific instances, to provide medical equipment where service gaps can be demonstrated. The Fund is currently supporting 19 projects with an estimated value of $9.9 million.

- The Health Advisory Network continued its review of issues in Manitoba during 1990-91. The Acting Chief of the steering committee is Dr. John Wade. It is expected that by August 1991 the following task force reports will be completed: Winnipeg Extended Treatment Bed Review, Health Services for the Elderly, Rural Health Services, and Health Information Systems.

Saskatchewan:

- The Saskatchewan Commission on Directions in Health Care presented its report *Future Directions for Health Care in Saskatchewan* to the Premier in May 1990.

- Two pilot breast cancer screening projects were initiated in 1990 to determine the best way to deliver a province-wide program.

- In 1990-91, a Family Health Statement that identified annual expenditures for doctor, chiropractic, optometric, hospital, prescription drugs and nursing home services was mailed to every family in Saskatchewan.

Alberta:

- In 1990, a new *Mental Health Act* for Alberta was proclaimed, broadening the rights of involuntary psychiatric patients while adding safeguards for both patients and society. Under one of the provisions in this new *Act*, Alberta became the first province to develop specific legislation for a Mental Health Patient Advocate, whose role is to help protect the individual rights of formal (involuntary) mental health patients. A Mental Health Patient Advocate has been appointed.

- A major multi-media campaign, "Facing AIDS", was launched in 1990. The campaign was designed to increase public awareness and understanding of HIV infection and AIDS. Television features were supplemented by print and electronic media advertising.

British Columbia:

- A significant Continuing Care Division initiative was the introduction of the Community Partnership Program - Continuing Care (CPP-CC). This new program was initiated to promote community involvement in the planning and delivery of community-based projects that provide a service not covered under the present funding guidelines and that support Continuing Care Division's clients. This program encourages projects that address high-priority needs, especially in rural and isolated communities.

- The Ministry of Health, in collaboration with the Ministry of Education, has developed the In School Support for Special Needs Students Program. This program is the first protocol of the Interministerial Protocols for the Provision of Support Services to Schools. Health care assessments, along with the development of individual health care plans for 1,012 special needs students, were begun during 1990-91. Full implementation of the program throughout the province is expected during the next fiscal year.

Yukon:

- *Health Act* Implementation:

  - Health Status Assessment report was released in the spring of 1991. Yearly updates will be prepared.

  - Establishment of the Health Investment fund, which will fund community-based health promotion activities.

- Health Transfer:

  - Framework Agreement was signed between the federal government, Yukon government and Council for Yukon Indians to proceed with the transfer of Whitehorse General Hospital from the federal government to the Yukon Hospital Corporation.

- Medical Travel:

  - In December 1990, a new policy was put in place in the Yukon. This new policy has provisions for subsidies for meals and accommodations for patients having to travel to medical centres for treatment. It also has provisions for compassionate travel subsidies for parents travelling with terminally ill children.

Northwest Territories:

- The Department of Health issued its *Health and Health Services in the NWT* report, a consolidation and updating of material accumulated over the period from April 1974 to March 31, 1990. The report is to provide a basis on which health public policy can be developed and promoted.

NEWFOUNDLAND

PUBLIC ADMINISTRATION

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospital Insurance Plan is operated by a division of the Department of Health of the province.

The Medical Care Plan is operated by the Newfoundland Medical Care Commission, a public authority appointed by the provincial government and responsible to the Minister of Health. Both plans are non-profit and all transactions are audited by the Auditor General of the province.

COMPREHENSIVENESS

Hospital Insurance Plan

Insured services provided by hospitals include in-patient and out-patient services. In-patient services include hospitalization at ward level and all necessary services such as: accommodation and meals at the standard or public ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures including radioactive isotopes; drugs, biologicals and related preparations; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; routine surgical supplies; and use of radiotherapy and physiotherapy facilities, where available.

Out-patient services include: laboratory and radiological procedures including radioactive isotopes; electroencephalograms, cardiograms and basal metabolism estimations; use of physiotherapy and radiotherapy facilities, including radioactive isotopes where available; out-patient and emergency visits; operating room facilities including supplies, plaster casts, drugs, and medical and surgical supplies available in hospital.

Hospital services not covered by the Plan include: preferred accommodation at the patient's request; cosmetic surgery and other services deemed to be medically unnecessary; ambulance or other patient transportation prior to admission or upon discharge; private duty nursing (arranged by patient, additional to required services provided by hospital); non-medically required x-rays or other services for employment or insurance purposes; drugs and appliances issued for use after discharge from hospital; bedside telephones, radios or television sets for personal, non-teaching use; fibreglass splints; services covered by Workers' Compensation legislation or by other federal or provincial legislation, and services relating to therapeutic abortions performed outside Canada.

The Department of Health administers the Emergency Air Ambulance Program for the emergency transportation of patients and doctors, blood, incubators, and other medical supplies and equipment to isolated areas in order that clinics can be held. The Ground Emergency Ambulance Program assists in making ambulance services available to all residents at a reasonable rate. In both cases, the users are required to pay co-payment charges.

Any resident of Newfoundland and Labrador who has been referred to an approved medical centre for treatment that is unavailable in the area where he or she lives, or in the province, is eligible for financial assistance under the Non-Emergency Medical Transportation Assistance Program.

Any resident of Newfoundland and Labrador who is referred by a medical specialist for a bone marrow or organ transplant at any of the approved Canadian medical centres is eligible for financial assistance under the Transplant Non-Emergency Medical Transportation Assistance Program.

Medical Care Plan

Insured services include a wide range of general and specialist doctors' services, when medically required, including: visits in the office, hospital or home; diagnosis and treatment of illness and injuries; care and treatment surrounding operations, including anaesthesia, and radiology services. Insured dental services covered by the Plan are those that require a hospital for their proper performance, as well as the administration of general anaesthesia for dental procedures.

The following services are not covered by the Plan: the dispensation by a physician of medicines, drugs or medical appliances and the issuing of medical prescriptions; examinations such as those for employment or insurance purposes not necessitated by illness; cosmetic surgery; acupuncture; eyeglasses; drugs, vaccines and cost of materials; services rendered by practitioners such as chiropractors, podiatrists, osteopaths, denturists, psychologists, physiotherapists, audiologists and paramedical personnel; ambulance services and other forms of transportation of patients; testimony in court; any services rendered by a physician to the spouse and children of the physician; the time taken or expenses incurred in travelling to consult a beneficiary; reversal of sterilization procedures; *in vitro* fertilization; vaccination for travelling purposes; preparation of records, reports and certificates or advice by telephone; and services covered by Workers' Compensation legislation or other federal or provincial legislation.

In addition to the basic insured health services, the Plan also provides limited optometric services and a children's dental health plan including special client groups.

The provincial Department of Health provides a senior citizens' drug subsidy program for all residents over 65 years of age who are in receipt of the Guaranteed Income Supplement from the federal government and who are registered with Old Age Security.

UNIVERSALITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All insured residents of the province are entitled to coverage, with the exception of regular members of the Canadian Armed Forces, members of the Royal Canadian Mounted Police Force and persons serving a prison term in a federal penitentiary. No premium payment exists. Registration under the Medical Care Plan and possession of a valid Medical Care Plan card are required in order to have access to insured services.

PORTABILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

Insured persons moving to Newfoundland from other provinces or territories of Canada are entitled to coverage as of the first day of the third month following the month of arrival, whereas persons arriving from outside Canada to establish residence are entitled to coverage as of the day of arrival, as are discharged members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police Force, and discharged inmates of federal penitentiaries. Registration, however, is required under the Medical Care Plan for coverage to be effective.

Persons temporarily absent from the province may be granted an extension of 12 months of coverage, providing satisfactory evidence is given that they intend to return.

Persons may take an annual vacation of up to eight months, provided four months of the year are spent in the province.

Payment Arrangements In-Canada

Hospital costs incurred in other provinces or territories are paid for through reciprocal billing, an arrangement established between the provinces and territories. In-patient costs are paid at rates approved by the host province or territory and out-patient costs are paid at the approved standard interprovincial or interterritorial rates.

With the exception of Quebec, medical services incurred in all other provinces or territories are paid through a reciprocal billing arrangement at host province or territory rates. Quebec claims are also paid at host rate but are submitted to the Newfoundland Medical Care Commission by the patient outside the reciprocal arrangement.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Hospital services are paid for at the rates ordinarily charged provided they are considered reasonable. Reimbursement is made directly to the provider, or to the patient, upon proof of payment.

Physician services are paid at the same rate as that which would be paid in Newfoundland for the same service. If the service is not available anywhere in Canada, the Newfoundland Medical Care Commission determines rate of payment.

The remuneration for hospital or medical care services is the same regardless of whether it is emergency or elective care.

Permanent Moves Out-of-Province

Insured residents moving permanently to other parts of Canada are covered up to and including the last day of the second month following the month of arrival in the new location. Coverage is immediately discontinued when residents move permanently to other countries.

ACCESSIBILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

There are no co-insurance charges for hospital services and no extra-billing by physicians in the province. Total beds staffed and in operation totalled 3,415 and there were 894,421 patient days in the fiscal year.

An incentive scheme is in place to attract physicians to remote areas and specialty practices. During fiscal year 1990-91, $364,543 was paid out under the Guaranteed Incentive Program by the Medical Care Plan, which included a contractual agreement with physicians in the Blanc Sablon/Labrador geographic border area.

Payment to Hospitals

Hospitals in Newfoundland are paid on the basis of operating budgets approved by the Hospital Services Division. Approximately one-twelfth of the total annual operating budget is advanced to hospitals each month, with a final settlement after year-end. Deficits are not accepted for reimbursement, but hospitals may retain a portion of any surplus under a financial incentive plan. Payments by the provincial plan in 1990-91 to public hospitals in Newfoundland totalled $460,473,800. For out-of-province hospital services, payments totalled $17,302,500.

System of Payment for Medical Care

Physicians are paid in accordance with the Newfoundland Medical Care Commission payment schedule.

Reasonable Compensation

Fees are negotiated from time to time between the Medical Care Commission of the provincial government and the Newfoundland Medical Association.

During 1990-91, payments to in-province physicians totalled an estimated $121,897,112. This figure includes salaries in the order of $22,670,000 which had been, in previous years, funded from the hospital budget. For physician services provided out-of-province, the Commission paid approximately $3,128,776.

EXTENDED HEALTH CARE SERVICES (EHCS)

The provincial Department of Health provides nursing home intermediate care, adult residential care and home care services through a variety of facilities and programs. The Department of Social Services also provides home care and home support services through social assistance programs. Programs available include: Nursing Home; Supervised Personal Care Home; Geriatric Assessment Unit; Extended-Care; Regional Continuing Care; Home Care; Home Support; and Community Development.

Single-entry assessment and placement to long-term institutional care at one nursing home in St. John's, another in the Eastern Avalon region, and extended care beds at the General Hospital in St. John's has been in place for a number of years. Single-entry assessment and placement, to facilitate appropriate and timely admission to long-term care services (home care and/or institutional placement), is currently in operation in the Central Region of the province through the Gander and District Continuing Care Program. Efforts to expand the availability of the single-entry process to other regions of the province continue.

Currently, the provincial Departments of Health and Social Services are cooperatively assessing and planning for a more coordinated, comprehensive continuing care service delivery system. It is anticipated that coordinated assessment and placement processes and service delivery will continue to expand on a regional basis.

PRINCE EDWARD ISLAND

PUBLIC ADMINISTRATION

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Both plans are administered and operated on a non-profit basis by the Hospital and Health Services Commission. The Commission is accountable to the provincial legislature. Accounts and transactions are audited annually by the provincial Auditor General.

COMPREHENSIVENESS

Hospital Insurance Plan

The Prince Edward Island Hospital Plan insures hospital services as defined under section 2 of the *Canada Health Act*, including: accommodation and meals at standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations administered in-hospital; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; and use of radiotherapy and physiotherapy services, where available.

The following hospital services are declared to be non-insured: hospital admission chest x-rays; syphilis serology; personal conveniences, including telephones and televisions; private or special duty nursing at the patient's or family's request; preferred accommodation at the patient's request; hospital services rendered in connection with surgery purely for cosmetic purposes; and drugs, biologicals, and prosthetic and orthotic appliances for use by an in-patient or out-patient after discharge from hospital.

Medical Care Plan

The Medical Care Plan insures all medically necessary physician services and surgical-dental services (e.g., surgical removal of impacted teeth, root resection, etc.) provided to insured persons.

The following services are not insured: services that persons are eligible for under other provincial or federal legislation; mileage or travel, unless approved by the Commission; advice or prescriptions by telephone except anticoagulant therapy supervision; examinations required in connection with employment, insurance, education, etc.; group examinations, immunizations or inoculations, unless prior approval is received from the Commission; preparation of records, reports, certificates or communications, except a certificate of committal to a psychiatric, drug or alcoholism facility; testimony in court; surgery for cosmetic purposes unless medically required; dental services other than those procedures included as basic health services; dressings, drugs, vaccines, biologicals and related materials; eyeglasses and special appliances; physiotherapy, chiropracty, podiatry, optometry, chiropody, osteopathy, psychology, naturopathy, audiology, acupuncture and similar treatments; reversal of sterilization procedures; *in vitro* fertilization (partially covered); services performed by another person when the supervising physician is not present or not available; services rendered by a physician to members of his/her own household unless approval is obtained from the Commission; laboratory or radiology services provided for under the provincial *Hospital and Diagnostic Services Insurance Act*; any other services that the Commission may, upon the recommendation of the Medical Advisory Committee, declare to be non-insured.

In addition to the basic insured health services, the province also provides: an ambulance subsidy program, which provides a subsidy to ambulance operators in order to reduce the cost to Island residents; routine dental care for children; and a drug cost assistance plan for seniors and certain client groups.

UNIVERSALITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Every person permanently residing in Prince Edward Island, with the exception of members of the Canadian Armed Forces (regular) and the Royal Canadian Mounted Police, who has registered under the Plans and provided the Commission with all such information as required, is eligible for insured services. Eligibility is based on permanent residence and full compliance with the interprovincial Agreement on Eligibility and Portability. No premiums are levied.

PORTABILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

Every person registering for insured services under the Plan becomes eligible on the first day of the third month following the date of establishing residence.

Providing registration requirements as set out in the Regulations are complied with, landed immigrants, repatriated Canadians, returning Canadians, returning landed immigrants, Canadian citizens or spouses of Canadian citizens assuming residence in Canada for the first time, persons living in the province under the authority of a work permit issued under the *Immigration Act (Canada)*, discharged members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police, and discharged inmates of federal penitentiaries are entitled to benefits once the date of residence is established.

Persons temporarily absent from the province may be granted an extension of up to 12 months of coverage. Students must return to the province at least once during the 12-month period. Regular annual absences of less than six months per year are allowed, provided permanent residence does not change.

Payment Arrangements In-Canada

All insured persons temporarily absent from the province but still in Canada will have their claims accepted at the rate applicable in the province or territory where such services have been rendered (host province or territory rate) provided the services rendered comply with the regulations regarding medical necessity.

Payment Arrangements Out-of-Canada

In the case of hospital services, when a resident is referred outside Canada for services available in P.E.I., payment is made at the rate established by the Commission, but must not exceed the highest per diem amount charged by hospitals in P.E.I.

When a resident is referred outside Canada for hospital services not available in P.E.I., but available in another province or territory, payment is made at the rate established by the Commission, but must not exceed the per diem amount of the Victoria General Hospital, Halifax, Nova Scotia.

When a resident is referred outside Canada for in-patient services not available in P.E.I. or any other province or territory of Canada, payment is made at a rate not to exceed the total amount payable for these services, including room and board and medically necessary hospital services.

When a resident is referred outside Canada for out-patient services not available in P.E.I. or any other province or territory of Canada, payment is made at a rate of 100 percent of the approved hospital charges.

In the case of a resident who is temporarily absent from the province and, as a result of sudden illness or accident, is admitted to a hospital outside Canada, payment is made at a rate not to exceed $100 per day for room and board for standard ward, plus 75 percent of the balance of the account payable for insured services. Out-patient services under the same conditions are paid at a rate of 75 percent of the approved hospital charges.

Insured medical care services are paid at a tariff established by the Commission when they are considered by the Commission to be available in Canada, and are required as a result of a sudden illness or accident, or are approved by the Commission. The Commission may determine the rate for which insured services will be paid in cases where the services are not available in Canada and prior approval of the Commission has been sought. Elective services require pre-authorization from the Commission.

Payment for all out-of-Canada insured hospital and medical care services shall be made in Canadian funds, except when such services are not available in Canada.

Permanent Moves Out-of-Province

Residents are eligible for all benefits under the Plan during the interprovincially agreed waiting period. Residents permanently moving outside Canada are eligible for all benefits under the Plan up until the day of departure from Canada.

ACCESSIBILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

Both Plans provide for insured services on uniform terms and conditions on a basis that does not impede or preclude reasonable access to those services by insured persons. There are no co-insurance charges for hospital services or extra-billing by physicians in the province.

In 1990-91, there were seven acute-care hospitals in the province with a total of 694* beds. Patients admitted during the fiscal year totalled 25,502* and total patient days were 193,352*.

---

*Excludes newborns.

Payment to Hospitals

The Commission establishes the annual operating budget for each hospital and makes payment thereon, primarily bi-weekly. Unbudgeted expenses are either adjusted by revision of budgets within the current year or are considered for approval after receipt of the hospital's audited financial statements.

For fiscal year 1990-91, hospitals in the province received an estimated $75,264,000 for capital and operating expenses. Other services such as blood transfusion and ambulance services received an estimated $1,308,000. Commission payments for out-of-province hospital services were an estimated $10,724,000.

System of Payment for Medical Care

Each practitioner submits a claim to the Commission, along with any required information to substantiate the claim, as prescribed by the tariff of fees, within six months of the date on which the service was rendered. If the claim is in compliance with the provincial *Act*, payment is made to the practitioner on a bi-weekly basis.

Reasonable Compensation

Negotiations with the Medical Society of Prince Edward Island and the Dental Association have resulted in signed agreements relating to tariffs on fees for insured services rendered to residents, for the period April 1, 1990, to March 31, 1993.

During 1990-91, payments to physicians in the province totalled an estimated $26.4 million. For physician services provided out-of-province, the Commission paid approximately $2.3 million.

EXTENDED HEALTH CARE SERVICES (EHCS)

Extended care services are primarily provided through two divisions within Health and Social Services: Aging and Extended Care, and Home Care and Support. Adult residential care and nursing home intermediate care services are primarily available in provincial government-operated manors and in licensed private nursing homes. The provincial government provides funding, if necessary, towards more than 80 percent of beds in these facilities. Sponsorship is according to urgency of need as assessed in both functional and financial terms.

The *Community Care Facilities and Nursing Homes Act, 1988*, transferred the licensing of private nursing homes to a Board that reports to the Minister of Health and Social Services. The Division of Aging and Extended Care (which operates government nursing homes) provides staff support to the Board, conducts inspections and assesses residents for appropriateness of level of care. The same assessment tool is now used for clients at all levels of care in all long-term care facilities.

The Division of Home Care and Support within the Department of Health and Social Services coordinates and provides selected health and social services through five regional offices. The services offered include: home care nursing; physiotherapy; visiting homemakers; adult protection; occupational therapy; and community support and coordination. The services are available to all age groups, with primary usage by seniors (75 percent).

In addition, the Department of Health and Social Services offers free or heavily subsidized provision of certain kinds of drugs to certain client groups (seniors, diabetics, patients in manor/nursing home care, etc.), in order to promote compliance and/or reduce financial hardship.

The Division of Aging and Extended Care has completed a study of the impact that an aging population will have on government programming throughout the next decade, with particular focus on government manors, private nursing homes, community care facilities, hospitals, home care and support programs, and new options for community living.

NOVA SCOTIA

PUBLIC ADMINISTRATION

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Department of Health and Fitness administers the Hospital Insurance Plan.

The Medical Services Insurance Plan is administered and operated on a non-profit basis by an authority consisting of the Health Services and Insurance Commission and the Corporation (Maritime Medical Care Incorporated). The Corporation is the administrative and fiscal agent of the province for the Medical Services Insurance Program. Provincial legislation provides that the Commission shall be responsible to the Minister. The Corporation must submit a report on its accounts and activities concerning the Plan to the Minister for each fiscal year. The books, records and accounts of the Commission and the Corporation must relate to their duties, functions and responsibilities under the legislation.

The Auditor General of Nova Scotia conducts an annual audit of all records and books of accounts of the Department of Health and Fitness, of the Commission, and of the Corporation, as they pertain to both Plans.

COMPREHENSIVENESS

Hospital Insurance Plan

In-patient services include: accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations when administered in a hospital; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; use of radiotherapy and physiotherapy services, where available; and blood or therapeutic blood fractions.

Out-patient services include: laboratory and radiological examinations; diagnostic procedures involving the use of radioactive isotopes; electroencephalographic examinations; use of radiotherapy and physiotherapy facilities, where available; necessary nursing services; drugs, biologicals and related preparations; blood or therapeutic blood fractions; hospital services in connection with most minor medical and surgical procedures; day-patient diabetic care; haemodialysis; services other than medical services provided by and within the Nova Scotia Hearing and Speech Clinic and the Cancer Treatment and Research Foundation of Nova Scotia; ultrasonic diagnostic procedures; home parenteral nutrition; radiotherapy for non-malignant conditions; continuous ambulatory peritoneal dialysis; and the provision and servicing of equipment for the treatment of enthromelalgia.

Uninsured hospital services include: preferred accommodation at patient's request; telephones; televisions; drugs and biologicals ordered after discharge from hospital; cosmetic surgery; the reversal of sterilization procedures; surgery for sex reassignment; *in vitro* fertilization; and procedures performed as part of clinical research trials.

Medical Care Plan

Insured services are defined as "all services rendered by physicians which are medically required or which are deemed by the Commission to be medically required." Certain dental-surgical procedures

medically required to be rendered in a hospital are also insured, such as surgical removal of teeth and the exposure of a tooth for orthodontic treatment.

Uninsured services include: services a person is eligible for under the *Workers' Compensation Act* or under any other federal or provincial legislation; mileage, travelling or detention time; telephone advice or prescriptions; examinations required by third parties; group immunizations or inoculations unless approved by the Commission; preparation of certificates or reports; testimony in court; laboratory or diagnostic radiological services rendered in Nova Scotia; services in connection with an E.C.G., electromyogram or E.E.G., unless the physician is a specialist in the appropriate specialty; cosmetic surgery; acupuncture; reversal of tubal ligation or vasectomy; and *in vitro* fertilization.

In addition to the basic insured health services, the Commission also provides: vision analyses by optometrists; prescription drugs for seniors; a special drug program for sufferers of a specific chronic disease condition; a children's dental plan; prosthetic services including coverage for breast prostheses; and an ambulance subsidy program.

UNIVERSALITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The legislation provides that all residents of the province, with the exception of members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police Force, and inmates of federal penitentiaries, are entitled to receive insured hospital services. In addition, residents are insured in respect of payment of the cost of insured medical services to the extent of the tariffs. These hospital and medical services are made available upon uniform terms and conditions. This provision ensures entitlement to coverage for 100 percent of the residents of the province. A resident is defined as "a person who is legally entitled to remain in Canada and who makes his/her home and is ordinarily present in Nova Scotia, but does not include a tourist, a transient, or a visitor to Nova Scotia." Eligibility for benefits for residents does not depend upon prior registration. No premiums are levied.

PORTABILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

Persons from elsewhere in Canada establishing permanent residence in the province are eligible for insured health services on the first day of the third month immediately following the month in which they become residents of Nova Scotia. This is in compliance with the Agreement on Eligibility and Portability.

First-day coverage is available for certain residents including landed immigrants, discharged members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police Force, discharged inmates of federal penitentiaries, and returning Canadians. As well, immediate coverage on a retroactive basis is provided to persons from outside Canada who are in the province on work permits for periods of 12 months or longer.

Persons temporarily absent from the province may be granted an extension of coverage. Students normally resident in Nova Scotia who are in full-time attendance at school outside the province will be covered provided they return home at least once every 12 months.

Persons may take an annual vacation of less than six months per year provided permanent residence is maintained in Nova Scotia.

Payment Arrangements In-Canada

Nova Scotia participates in the Reciprocal Billing Arrangements; hospital care services are paid for at the per diem of the host hospital, and medical care services are paid for as per the tariff of the host province or territory. The patient may either pay the physician directly for medical care services and then claim reimbursement from the Plan or may assign the right of payment to the physician.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Under the Hospital Insurance Plan, previously approved referrals, accidents or emergency services are paid at the Nova Scotia rate. Residents may either pay the hospital account and claim reimbursement for the insured amount from the Plan or arrange to have payment of the insured portion paid directly to the hospital concerned. Elective services are not insured except in special circumstances. No out-of-Canada out-patient facility charges are covered.

Under the Medical Services Insurance Plan, referrals, accidents or emergency services are paid at the Nova Scotia tariff plus 75 percent of the difference. Elective services are paid at the Nova Scotia tariff. Prior approval may be required for reimbursement of costs for elective services outside the province.

Permanent Moves Out-of-Province

Residents moving permanently to other parts of Canada continue to be covered for insured services for a period of up to three months after departure, plus reasonable travelling time.

Residents of Nova Scotia permanently moving outside Canada lose coverage the day of departure from the province.

ACCESSIBILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

There are no user charges or extra charges applicable under either Plan.

Over 90 percent of the population lives within 30 minutes' travel time of the 47 provincial hospitals. A system of regional hospitals throughout the province provides specialty services to residents, in addition to the major tertiary care services in Halifax.

The province has placed no restrictions or limitations on the number of physicians who may bill the Plan. Subsidies are available to encourage physicians to locate in remote areas of the province.

Payment to Hospitals

Hospitals are paid for insured services via a budgetary process whereby they submit their budget estimates to the Minister, who is authorized by Regulations to review and analyze these estimates. Approved estimates form the basis upon which payments are made by the Plan to hospitals each year. In 1990-91, there were a total of 5,076 hospital beds in Nova Scotia. Department of Health and

Fitness direct expenditures for general and psychiatric hospital services operating costs were $684 million. Payments to hospitals out-of-province totalled $11,399,515 for insured services provided to Nova Scotia residents. Total admissions to general hospitals were 154,573. Patient days in general hospitals totalled 1,308,446.

System of Payment for Medical Care

Payments to physicians for insured services rendered to residents are made on a fee-for-service basis in the vast majority of cases. Some insured services are rendered by salaried physicians in institutions.

Reasonable Compensation

The *Health Services and Insurance Act* empowers the Commission to negotiate compensation for insured medical and dental services with the Medical Society and the Dental Association, and to participate in any process of final offer arbitration in respect of issues of compensation not resolved by negotiation.

During 1990-91, payments to Nova Scotia physicians totalled an estimated $228,400,000. For physician services provided out-of-province, the Commission paid an additional amount of approximately $2,740,000.

EXTENDED HEALTH CARE SERVICES (EHCS)

Adult residential care and nursing home intermediate care programs are provided by a system of homes for special care of various types (i.e., homes for the aged, nursing homes, residential care facilities). These programs are operated under the authority of the provincial Department of Community Services. For individuals without sufficient financial resources, municipalities provide assistance that is cost-shared by the province at 66 2/3 percent.

Nova Scotia has established, through legislation, a method of rate setting for Homes for Special Care on a regional basis. A tripartite committee consisting of representatives from the Union of Nova Scotia Municipalities, Associated Homes for Special Care and the Department of Community Services negotiates the rates for all types of facilities on an annual basis.

Unique to Nova Scotia is the organizational structure of the Coordinated Home Care Program. The Ministers and Deputy Ministers of Community Services, Health and Fitness, Housing, Municipal Affairs, and the Senior Citizens Secretariat compose the Home Care Coordinating Agency chaired by the Minister of Community Services. This group approves policy reflecting intradepartmental planning and cooperation for service delivery through seven regional coordinators. The Coordinated Home Care Program was implemented in one county in September 1988, and by the end of March 1990 it was implemented throughout the entire province. The *Coordinated Home Care Act* was passed later in 1990.

The Coordinated Home Care Program includes: homemaker services; personal care services; nursing care services; housing services; and a range of volunteer services for seniors, persons who are disabled and families at risk. Nursing services are provided by the Victorian Order of Nurses and by community health nurses from the Department of Health and Fitness. The entry point to the Coordinated Home Care Program is through 31 designated Homemaker Agencies or municipalities located across the province.

NEW BRUNSWICK

PUBLIC ADMINISTRATION

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Both Plans are administered by the Department of Health and Community Services on a non-profit basis and are subject to audits of their accounts and financial transactions by the provincial Auditor General.

COMPREHENSIVENESS

Hospital Insurance Plan

The in-patient services to which insured persons are entitled correspond to those cited in the *Canada Health Act*, including: accommodation and meals at standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations administered in-hospital; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; and use of radiotherapy and physiotherapy services, where available. The out-patient services include: laboratory, diagnostic and radiology procedures, where available; radiotherapy; physiotherapy; and the hospital component of other out-patient services.

Uninsured services include: patent medicines; take-home drugs; third-party requests for diagnostic services; visits for the administration of drugs, vaccines, sera or biological products; televisions; telephones; preferred accommodation at patient's request; and any service not included in the provincial schedule of insured physicians' services.

Services are not insured if provided to persons entitled under other Statutes.

Services provided under the New Brunswick Extra-Mural Hospital program are insured services. Also called the "hospital at home", the New Brunswick Extra-Mural Hospital is an active treatment program of professional acute and palliative health care to persons ill in their places of residence. Patients are admitted only on referral by their physicians; physicians arrange admission, prescribe treatment and order discharge just as in conventional hospitals. An expansion during 1987-88 increased the total number of Extra-Mural Hospital units to 14. Effective April 1, 1990, the New Brunswick Extra-Mural Hospital expanded its range of services to include long-term care services. This range of services was defined as phase II of its mandate and was previously included as a public health service.

Medical Care Plan

Insured health services are defined as all medically required services rendered by a medical practitioner, certain medically required services rendered by qualified dental practitioners in an approved hospital, and limited optometric services to residents under the age of 19.

The following services are not covered by the Plan: elective plastic surgery or other services for cosmetic purposes; medicines, drugs, materials, surgical supplies or prosthetic devices; advice or prescription renewal by telephone, except as provided in the schedule of fees; examinations of medical records or certificates at the request of a third party; immunizations, examinations or certificates for purposes of travel, employment, emigration, insurance, or at the request of a third party; other services required by hospital regulations or medical by-laws; dental services provided by

a medical practitioner; distance or travelling time, except as provided in the schedule of fees; testimony in court or before any other tribunal; services provided by medical practitioners to members of their immediate families; psychoanalysis; electrocardiograms where not performed by specialists in internal medicine or pediatrics; laboratory procedures not included as part of an examination or consultation fee; the fitting and supplying of eyeglasses or contact lenses; trans-sexual surgery; *in vitro* fertilization; acupuncture; and complete medical examinations where performed for the purposes of periodic check-ups and not for medically necessary purposes.

Blue Cross of Atlantic Canada administers, on behalf of the Department of Health and Community Services, the Prescription Drug Program for seniors, as well as a number of other drug plans which include drug benefits to nursing home residents, registered cystic fibrosis cases, organ transplant recipients who require cyclosporin, individuals who require Human Growth Hormone, persons registered with the province as requiring AZT and persons receiving Income Assistance; and the Seniors' Health Benefits Program, which assists seniors to pay for such things as injection supplies for diabetics and others administering self-injected medication, diabetic testing supplies, ostomy supplies, vision care, hearing aids, foot care (podiatry and chiropody), chiropractic services, orthotic devices, upper and lower limb prostheses, breast prostheses, and tracheotomy supplies.

The Department of Health and Community Services administers the Ambulance Services Program, which provides financial assistance for the payment of ambulance services for social assistance recipients and for inter-hospital transfers. Additionally, grants are provided to operators for the purchase of ambulances and to St. John Ambulance for the operation of an ambulance training program.

UNIVERSALITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All insured persons of the province are entitled to coverage. The following persons, whether residents or not, are not entitled to coverage: regular members of the Canadian Armed Forces; members of the Royal Canadian Mounted Police Force; persons serving a prison term in a penitentiary maintained by the Government of Canada; and persons from another province or territory who are in New Brunswick for educational purposes and who are eligible for coverage under their provincial or territorial plans.

In order to be entitled to insured health services, a beneficiary and his/her dependents must register. Upon registration, eligible persons are issued a New Brunswick Hospital-Medicare card bearing the resident's name, address, date of birth, and medicare number. This card must be produced when requesting services from a medical practitioner or a medical facility. No premiums are levied.

PORTABILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

A person is eligible to become a beneficiary under the health plan on the first day of the third month following the month of arrival in the province when entering from another province or territory. The following groups may be eligible for first-day coverage when full-time residence in New Brunswick is established: members of the Canadian Armed Forces and R.C.M.P., and penitentiary prisoners upon discharge in New Brunswick; non-Canadian spouses of Canadian residents assuming residence

in Canada for the first time; landed immigrants; repatriated Canadians; returning Canadians; returning landed immigrants; and Canadian citizens establishing residence in Canada for the first time.

An eligible person may be "temporarily" absent from the province for the purpose of vacation, visits or business arrangements; however, this absence should not exceed 12 consecutive months, unless approved by the Director of Medicare.

Students may be temporarily absent and in full-time attendance at a university or another institution provided they do not establish residence elsewhere. Persons may take an annual vacation of up to eight months provided four months of the year are spent in the province.

Payment Arrangements In-Canada

Hospital in-patient services will be paid at the rate approved by the relevant province's or territory's hospital insurance plan. Out-patient services are paid at the standard out-patient rate established by the Advisory Committee on Institutional and Medical Services. Payment may be made to the person directly, to the facility involved in the provision of the services, or through reciprocal hospital billing.

With the exception of Quebec, medical services incurred in all other provinces or territories are paid through a reciprocal billing arrangement at host province or territory rates. Selected high-cost procedures are paid as approved by the Advisory Committee on Institutional and Medical Services.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Hospital in-patient services available in New Brunswick are paid at an all-inclusive rate based on the average ward rate of the three largest New Brunswick hospitals. Payment for in-patient services defined as not available in the province is calculated based on the average ward rate of three major Canadian hospitals, selected by the Medical Director. Out-patient services are paid at the standard out-patient rate established by the Advisory Committee on Institutional and Medical Services.

The amounts payable by the Medicare Branch for entitled medical services are:

i) subject to subparagraph (ii), pathology, radiology or diagnostic ultrasound services: 60 percent of the account;

ii) pathology, radiology or diagnostic ultrasound services and defined by the Medical Director as not available in New Brunswick: 70 percent of the account; or

iii) services other than those referred to in subparagraphs (i) and (ii) and defined by the Medical Director as not available in New Brunswick: the amounts payable under the medical services plan of the Province of Ontario or the Province of Quebec, at the discretion of the Medical Director.

Payment of out-of-Canada insured services is in Canadian funds.

Permanent Moves Out-of-Province

Insured residents moving permanently to other parts of Canada are covered up to and including the last day of the second month following the month of arrival in the new province or territory. Coverage ceases on the date of departure from Canada for residents moving permanently out-of-country.

ACCESSIBILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

Possession of a New Brunswick Hospital-Medicare card entitles eligible persons to insured services.

Preliminary hospital statistics for 1990-91 are as follows: number of patient days - 1,225,978 (excludes newborns); number of admissions - 126,952 (including the Extra-Mural Hospital); number of separations - 118,071; number of emergency visits - 967,013. As well, there were 1,071,018 patient days, 10,982 admissions and 10,118 separations from the Extra-Mural Hospital.

Medical care statistics for 1990-91: 5,035,186 services were provided on a fee-for-service basis by in-province general practitioners and specialists. Out-of-province physicians provided 211,035 services, for a total of 5,246,221 services.

Payment to Hospitals

New Brunswick hospitals receive an annual global budget to provide approved services. Payments are made to the hospitals on a semi-monthly basis. Total expenditures for insured, in-province hospital services amounted to an estimated $497,862,200 in 1990-91. As well, this province paid an estimated $35 million to out-of-province hospitals for services rendered to New Brunswick residents.

New Brunswick hospitals received an estimated $14,425,122 from other jurisdictions for services provided to out-of-province residents.

System of Payment for Medical Care

Medical practitioners must submit a claim containing the required information regarding the patient and the services provided. A medical practitioner wishing to practice under the *Medical Services Payment Act* must make application to the Minister.

Reasonable Compensation

Compensation for medical practitioners is based on the schedule of fees of the New Brunswick Medical Society. Fees for those services not included in this schedule are determined by the Director of the Medical Plan in consultation with the Society. During 1990-91, payments made on a fee-for-service basis to in-province physicians totalled an estimated $126.4 million. Out-of-province physician payments totalled approximately $8.8 million.

EXTENDED HEALTH CARE SERVICES (EHCS)

Nursing home intermediate care is provided through the Nursing Home Services Program as a non-insured service under the authority of the Institutional Services Division of the Department of Health and Community Services. Adult residential care services and facilities are available through a variety of agencies and funding sources. The Family and Community Social Services Division of the Department is responsible for the Special Care Home and Community Residence programs, as well as for the Community-Based Services for Seniors and the Community Services for Disabled Adults programs.

Home health care is available through the Extra-Mural Hospital.

QUEBEC

PUBLIC ADMINISTRATION

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospital Insurance Plan is administered by the Department of Health and Social Services.

The Health Insurance Plan is administered by the Régie de l'assurance-maladie du Québec, a public authority appointed by the provincial government and responsible to the Minister of Health and Social Services. Both plans are operated on a non-profit basis, and all accounts and transactions are audited by the Auditor General of the province.

COMPREHENSIVENESS

Hospital Insurance Plan

The network of establishments under the Department of Health and Social Services includes hospital centres and some local community services centres.

Hospital centres are divided into two classes for the treatment of physical and mental illness: Short-Term Hospital Centres, which provide short-term as well as convalescent care, and Extended Care Hospital Centres, which provide care and treatment on a continuous basis for a period averaging more than 90 days.

Insured in-patient services are provided in short-term and extended care hospital centres, whereas out-patient services are available only in short-term hospital centres.

Insured in-patient services include: lodging and meals at the standard ward level; necessary nursing services; the furnishing of routine surgical supplies; diagnostic services; use of operating rooms, case rooms and anaesthetic facilities; the furnishing of medications, prostheses and ortheses, and of biological products and related preparations; use of radiotherapy and physiotherapy facilities; and services rendered by hospital centre staff.

Out-patient services cover clinical services for psychiatric care; electroshock, insulin and behaviour therapies; emergency care; minor surgery care; radiotherapy; diagnostic services; physiotherapy; ergotherapy; inhalation, audiology and speech therapies; orthoptics; and other services or examinations required under Quebec legislation.

Other insured services are covered for the purposes of mechanical, hormonal or chemical contraception; for the purposes of surgical sterilization, namely tubal ligation or vasectomy; and for the reanastomosis of the uterine tubes or the vas deferens.

The Department of Health and Social Services administers an ambulance transportation program free of charge to persons age 65 and over.

Uninsured hospital services include: cosmetic surgery; *in vitro* fertilization; preferred accommodation at patient's request; televisions; telephones; drugs and biologicals ordered after discharge from hospital; and services covered by the *Workmen's Compensation Act* or by other federal or provincial legislation.

Medical Care Plan

The services insured by this Plan include: medical and surgical services provided by physicians; and oral surgery performed by dentists and specialists in oral and maxillo-facial surgery in hospital centres.

The following services are not considered insured: any examination or service that is not related to a process of cure or prevention of illness; psychoanalysis in every form, unless such service is rendered in an institution; any service provided for purely esthetic purposes; any consultation by telecommunication or by correspondence; any service rendered by a professional to his spouse or his children; any examination, expert appraisal, testimony, certificate or other formality required for legal purposes or by a person other than the person who has received an insured service, except in special cases; any visit made for the sole purpose of obtaining the renewal of a prescription; any group examination, vaccination, immunization, or injections given to a group or for certain purposes; any service rendered by a physician based on an agreement or a contract with an employer, an association or an organization; any adjustment of eyeglasses or contact lenses; all acupuncture procedures; the injection of sclerosing substances and the examination made at that time; thermography, mammography for detection purposes, tomodensitometry, the use of radionuclides *in vivo* in a human, and ultrasonography, unless all these services are rendered in a hospital centre; any radiological or anaesthetic service provided by a physician if it is required with a view to dispensing an uninsured service, with the exception of a dental service provided in a hospital centre; and any surgical service provided for the purposes of transsexualism unless such a service is provided upon the recommendation of a physician specialized in psychiatry and carried out in a hospital centre.

In addition to the basic insured services, the Régie also covers certain optometric services; dental care and acrylic dental prostheses for children and Social Aid beneficiaries; prostheses, orthopedic appliances, devices, wheelchairs or other equipment; breast prostheses; ocular prostheses; hearing aids for residents age 35 and under and those age 36 and over who have already benefitted from the program; ostomy appliances; and pharmaceutical services and prescription drugs for seniors.

UNIVERSALITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Registration with the hospital insurance plan is not required. Registration with the Régie de l'assurance-maladie or proof of residence is sufficient to establish eligibility. All residents or deemed residents of Quebec must be registered with the Régie de l'assurance-maladie to be eligible for the health insurance programs. Services received by regular members of the Canadian Armed Forces, members of the Royal Canadian Mounted Police Force, and inmates of federal penitentiaries are not covered by the plan. No premium payment exists.

PORTABILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

Insured persons moving to Quebec from other provinces or territories in Canada are entitled to coverage under the Quebec Health Insurance Plan when benefits under the province or territory of origin cease, provided they register with the Régie de l'assurance-maladie.

Persons, and their dependents, temporarily absent from the province, for example, students, trainees, Quebec government civil servants, employees of non-profit organizations with head offices in Canada and employed abroad in programs recognized by the Minister of Health and Social Services, and persons absent for less than 12 consecutive months may also maintain their coverage, provided the Régie is notified.

Residents who are absent from Quebec for other reasons will remain eligible if they do not maintain residence outside Quebec and if their absence is less than 12 months.

First-day coverage is provided to certain residents, notably, permanent residents; repatriated Canadians; returning Canadians; and members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police Force, and inmates of federal penitentiaries, upon release or discharge.

Payment Arrangements In-Canada

Hospital costs incurred in other provinces or territories are paid for through reciprocal billing, an arrangement established between the provinces and territories. In-patient costs are paid at standard ward rates approved by the host province or territory and out-patient costs are paid at approved standard interprovincial/territorial rates.

The costs of medical services incurred in other provinces or territories while insured residents are temporarily absent are paid at the lesser of the amount actually paid, or the rate that would be paid for the same services in Quebec. However, Quebec has negotiated a permanent arrangement with Ontario to pay Ottawa doctors at the Ontario fee rate for emergency care and when services are not offered in the Outaouais region. This host-province payment agreement for the Ottawa-Outaouais region became effective November 1, 1989.

Payment Arrangements Out-of-Canada

The costs of hospital in-patient and out-patient services provided out-of-Canada are reimbursed by the Régie for emergencies only. Up to $700.00 is reimbursed in full and 50 percent of any amount in excess. Elective hospital services costs are reimbursed if prior authorization from the Régie has been granted.

These conditions are waived for certain beneficiaries, for example, students, trainees, Quebec government civil servants serving abroad, and, under certain conditions, employees of non-profit organizations residing temporarily out-of-Canada, where the rate of payment is 100 percent of costs incurred for emergency hospital care and 75 percent for non-emergency hospital services. Costs for medical services are also reimbursed up to the amount that would have been paid if the services had been rendered in Quebec.

Permanent Moves Out-of-Province

Insured residents moving permanently to other parts of Canada are covered for up to three months after leaving the province.

Coverage is immediately discontinued when residents move permanently to another country.

ACCESSIBILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

Everyone has the right to receive adequate health care services without any kind of impediment.

There is no extra-billing by physicians in the province. While the majority of physicians practise within the provincial Plan, Quebec allows for two other options: professionals who have withdrawn from the Plan practise outside the Plan, but must agree to remuneration in accordance with the provincial fee schedule; and non-participating professionals who practise outside the Plan entirely, so that neither they, nor their patients, receive reimbursement from the Régie.

In 1990-91, there were 123 acute care hospitals in the province with a total of 32,955 beds. Patients admitted to short-term care facilities totalled an estimated 718,000. Total patient days are estimated at 10,200,000 for fiscal year 1990-91.

Payment to Hospitals

The financing of a hospital centre by the Department of Health and Social Services is carried out through a system of payments in respect of the cost of insured services provided.

In 1990-91, payments to hospitals for insured services provided to Quebec residents in the province totalled an estimated $5.5 billion, and payments to hospitals out-of-province totalled $100 million.

System of Payment for Medical Care

Physicians are paid in accordance with a negotiated fee schedule. Physicians who have withdrawn from the health insurance plan are paid directly by the patient in accordance with the fee schedule after the patient has collected from the Régie. Non-participating physicians are paid directly by the patients according to the amount charged.

Reasonable Compensation

Provision is made in law for reasonable compensation for all insured health services rendered by health care professionals. The Minister may enter into an agreement with the organizations representing any class of professionals in the health care field, prescribing a different remuneration for medical services where the number of professionals is insufficient. The Minister may also provide a different remuneration for physicians during the first years of practice or specialty according to the territory of practice and the nature of activities. These provisions are preceded by consultation with organizations representing health care professionals.

During 1990-91, payments to physicians in the province totalled an estimated $1,916 million. For medical services provided out-of-province, the Régie paid approximately $9.4 million.

EXTENDED HEALTH CARE SERVICES (EHCS)

Nursing home intermediate care and adult residential care and home care services are provided by nursing homes, with admission coordinated through a regional admission system. Local community services centres (C.L.S.C.s) receive individuals, evaluate their care requirements and either arrange for the provision of such services as day care or home care, or refer them to the appropriate agency.

Some home care services are offered by the provincial Department of Health and Social Services, including nursing care and assistance, homemaking and medical surveillance.

Nursing homes and long-term care units in short-term care hospitals focus on the maintenance of autonomy and functional capacities of their residents by providing a variety of programs and services, including health care services.

ONTARIO

The Health Insurance Plan combines both hospital and medical care. The Plan incorporates all the features of a "health care insurance plan" as defined in the *Canada Health Act*.

PUBLIC ADMINISTRATION

The insured health program in Ontario is established under the *Health Insurance Act* to provide insurance in respect of the cost of services in hospitals and health facilities, by physicians and by other health care practitioners. The health program is administered on a non-profit basis by the Ministry of Health. The accounts and transactions are audited by the Provincial Auditor and are published in the Public Accounts of Ontario.

COMPREHENSIVENESS

Hospital Insurance Plan

Insured in-patient hospital services are as follows: accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations; use of operating rooms, obstetrical delivery room and anaesthetic facilities; drugs and drug-related therapies for cystic fibrosis and thalassemia patients in designated hospitals; and all components of *in vitro* fertilization in designated hospitals.

Most out-patient services are insured, including: laboratory, radiological and other diagnostic procedures; use of radiotherapy, occupational therapy, physiotherapy, audiology, psychology and speech therapy facilities, where available; use of diet counselling services; use of home renal dialysis and home hyperalimentation equipment, supplies and medication; the provision of equipment, supplies and medication to haemophiliac patients; the drug Cyclosporin to transplant patients; the drug AZT to AIDS patients; and the biosynthetic human growth hormone.

Uninsured hospital services include: additional charges for preferred accommodation unless prescribed by a physician; telephones; televisions; charges for private-duty nursing; cosmetic surgery under most circumstances; drugs prescribed and taken home upon discharge from hospital; and in-province hospital visits solely for the administration of drugs other than anti-rabies injections.

In addition to the insured hospital benefits, Ontario also provides: mental health services, including the operation of provincial psychiatric hospitals; the residential component of the Homes for Special Care Program; ambulance services (air and land); dental treatments for patients with cleft lip/palate registered at a designated clinic; and funding for a Breast Screening Program for the province.

Medical Care Plan

Insured medical services include all services provided by physicians that are medically necessary. Insured physician services in facilities, physicians' offices or in a patient's home include: diagnosis and treatment of medical disabilities and conditions; medical examinations and tests; surgical procedures; maternity care; anaesthesia; radiology and laboratory services in approved facilities; and immunizations, injections and tests. Insured dental services include: repair of traumatic injuries; surgical incisions; excision of tumors and cysts; treatment of fractures; homeografts; implants; and alloplastic reconstructions and medically necessary odontectomies performed in a hospital.

In addition to the basic insured health services, the Ministry of Health also provides: oculo-visual assessments by optometrists; a drug benefit program for the elderly and those receiving social assistance; an assistive devices program; a northern health travel grant program; and, with some limitations, the services of chiropractors, osteopaths and chiropodists, and physiotherapy in approved clinics.

Uninsured services include: expenses for travelling time or mileage; advice by telephone; group examinations, immunizations or inoculations; preparation of special antigens or antiserums; orthoptics; preparation of records, reports, certificates, communications and court testimonies; eyeglasses; reversal of sterilization procedures; medical examinations required for employment, life insurance, admission to camp and recreational activities; cosmetic surgery; acupuncture; physiotherapy rendered in private physiotherapy facilities not approved by the Plan for billing; psychological testing outside a hospital setting; and transportation charges other than approved ambulance service.

UNIVERSALITY

All residents, with the exception of members of the Royal Canadian Mounted Police, members of the Canadian Armed Forces and inmates of federal penitentiaries, who make their home and are ordinarily present in Ontario, are eligible for coverage subject to certain waiting periods (see Portability section).

Every resident of Ontario is required to register him/herself and dependents. All insured hospital, medical and in-hospital dental services, to which federal contributions are related, are available to Ontario residents on uniform terms and conditions.

PORTABILITY

Minimum Residence

Benefits are available within three months of establishing residence.

Coverage is available to the following persons, as long as application is made within the prescribed period of time applicable to each category: persons from other provinces or territories, where eligibility under their provincial or territorial health insurance plans has ceased; discharged members of the Canadian Armed Forces and the Royal Canadian Mounted Police; inmates discharged from federal penitentiaries; missionaries returning to Canada; students returning to Canada within one year of departure; landed immigrants; Canadians returning to Canada to be residents of Ontario; insured Ontario residents' non-Canadian spouses and children taking up Ontario residence for the first time; patients discharged from Ontario psychiatric facilities; and foreign students enrolled in an Ontario educational institution for more than one year.

Residents must reside in Ontario for a minimum of four consecutive months in each year in order to maintain coverage.

Payment Arrangements In-Canada

Ontario participates in reciprocal agreements with all other provinces and territories for insured hospital in- and out-patient services. Payment is at the in-patient rate of the Plan in the province or territory where hospitalization occurs. Ontario pays the standard out-patient charges authorized by the Advisory Committee on Institutional and Medical Services.

Ontario also participates in reciprocal billing arrangements with other provinces and territories for insured physician services. Prior consent is needed to receive reimbursement for some of the cost of insured services rendered outside Ontario in a hospital or facility other than a hospital.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Emergency hospital care or elective hospital care not available in Canada is paid at 100 percent of insured services at the standard ward rate of the hospital providing these services. Elective hospital care that is available in Canada is paid at 75 percent. Full charges may be paid when medical evidence is provided and confirmed in advance by the Plan that treatment is not available in Ontario.

Insured medical and dental care services received outside Canada are paid up to the Ontario Health Insurance Plan rates. Under certain circumstances, payments for some surgical or other complex procedures may be made at the usual and customary fee paid by insurers in the place where the service was rendered.

Permanent Moves Out-of-Province

Ontario residents moving permanently to other parts of Canada are entitled to benefits until either the coverage of another provincial or territorial health insurance plan takes effect, or up to the first day of the third month after departure. Ontario residents moving permanently outside of Canada are entitled to insured services up to the fourth month following departure.

ACCESSIBILITY

Reasonable Access

All insured persons are entitled to all insured hospital and medical services to which federal contributions relate. No resident will be refused insured services because of financial difficulties.

Public hospitals in Ontario are required to accept persons admitted to hospital by physicians. A user charge for room and board in respect of chronic hospital care applies after 60 days and is permissible by virtue of subsection 19 (2) of the *Canada Health Act*. Income exemption provisions ensure access to those in financial need.

In 1990-91, there were 196 acute care hospitals in the province with a total of 41,513 beds, staffed and in operation, which included chronic, general and special rehabilitation units. Patients admitted during the fiscal year totalled 1,306,459 and total patient days were 14,801,259.

Reasonable access to physician services is ensured by an adequate supply of physicians. An Underserviced Area Program is aimed at providing residents of rural and remote areas of the province with improved access to general physician services. Two programs enhance access to health services for residents of Northern Ontario: the Northern Medical Specialist Incentive Program provides financial assistance to specialists locating their practices in Northern Ontario; and the Northern Health Travel Grant financially assists patients who must travel a minimum of 250 kilometres one way in Northern Ontario or Manitoba or a minimum of 300 kilometres one way in the rest of Ontario to receive hospital and medical specialist services.

Financial barriers limiting access to the insured services of physicians, dentists and optometrists have been removed with the passage of the *Health Care Accessibility Act*. Physicians and optometrists who

bill their patients directly, and dentists, may not charge or accept payment for more than the amount payable under the Plan for rendering an insured service to an insured person.

Payment to Hospitals

Public general hospitals in the province are paid on a budget basis including all reasonable costs for insured services. The Ontario budget system is a prospective reimbursement system incorporating annual increases to the grants to reflect the effects of inflation, workload increases, introduction of approved new programs, and cost increases in respect of growth in volume of specific designated life-support programs. Payments are made to hospitals on a semi-monthly basis.

In 1990-91, Ontario paid hospitals and contract facilities an estimated $6.4 billion for insured services. Payments to hospitals out-of-province totalled $255.4 million for insured services provided to Ontario residents.

System of Payment for Medical Care

Insured services provided by physicians and dentists in the province are paid primarily on a fee-for-service basis, according to the Schedules of Benefits in the *Health Insurance Act* and Regulation 452 (Schedules 15, 16, 18, 19, 20). Physicians elect to opt in and bill the Plan for all services, or opt out and bill the patient for all services. Non-participating physicians in Ontario have the option to bill the Plan directly for certain specified groups of patients and through an associated medical group for services rendered in public hospitals, nursing homes and other institutions. The percentage of opted-out physicians has fallen since the passage of the *Health Care Accessibility Act*, from 10.6 percent to 2.5 percent.

Reasonable Compensation

In recent years, there has been a Joint Committee on Physicians' Compensation composed of representatives from the Ontario Medical Association, the provincial government and a neutral chairman. It is the Committee's objective to reach agreements regarding global adjustments to the Plan's Schedule of Benefits that are acceptable to both parties. In instances of impasse, the Chairman may be asked to act as a fact-finder. The negotiating process is being reviewed by the parties.

Representatives of government and the Ontario Dental Association negotiate agreements on adjustments to the Plan's Schedule of Benefits that cover insured dental services provided in hospital.

During 1990-91, medical payments totalled an estimated $4,226.9 million. This amount covers payments for physician and laboratory services. For physician services provided out-of-province, the Plan paid approximately $29.4 million.

EXTENDED HEALTH CARE SERVICES (EHCS)

In Ontario, extended health care is provided by nursing homes funded by the Ministry of Health, as well as homes for the aged and charitable institutions supported through the Ministry of Community and Social Services. Both acute and chronic home care are also provided, including supplemental features such as home renal dialysis and hyperalimentation.

MANITOBA

The Manitoba Health Services Insurance Plan is a combined hospital and medical care plan. The Plan incorporates all the features of a "health care insurance plan" as defined in the *Canada Health Act*.

PUBLIC ADMINISTRATION

The insured health program in Manitoba is administered by the Manitoba Health Services Commission, which is a non-profit agency of government established under the *Health Services Insurance Act*, to provide insurance in respect of the cost of hospital services, medical services and other health services.

The Commission is required to submit an annual report to the Minister of Health including an audited balance sheet and audited statement of operating revenues and expenditures. The accounts and transactions are audited by the provincial Auditor's office.

COMPREHENSIVENESS

Hospital Insurance Plan

Insured hospital services are as follows: accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures; drugs, biologicals and related preparations; routine medical and surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; and use of radiotherapy, physiotherapy, occupational and speech therapy facilities, where available. Most out-patient services are insured, including dialysis in an approved facility. In some cases, the hospital may charge for take-home supplies of drugs and dressings.

Uninsured hospital services include: additional charges for preferred accommodation; charges for private nurses; and personal services such as television, radio, telephone, etc.

Services are not insured if provided to insured persons under other statutes.

Medical Care Plan

Insured physician services in facilities, physicians' offices or patients' homes include: diagnosis and treatment of medical disabilities and conditions; medical examinations and tests; surgical procedures; maternity care; anaesthesia; x-rays and laboratory services in facilities approved by the Commission; and immunizations, injections and tests. Insured dental services when provided by a registered oral and maxillo-facial surgeon or a licensed dentist in a hospital, where a hospital is required for the proper performance of the procedures, include: surgical removal of impacted teeth; repair of traumatic injuries to soft tissue in and around the mouth; and, in cases of emergency or at the special request of a medical practitioner, performing or assisting a medical practitioner in the closed reduction of fractures of mandible or maxilla.

Uninsured medical services include: examinations and reports for reasons of employment, insurance, attendance at university or camp, or performed at the request of third parties; group immunization or other group services except where authorized by the Commission; services provided by a medical practitioner, dentist, chiropractor or optometrist to him/herself or any dependents; preparation of records, reports, certificates, communications and testimony in court; mileage or travelling time; advice by telephone; services provided by psychologists, chiropodists, naturopaths, podiatrists and other practitioners not provided for in legislation; *in vitro* fertilization; and psychoanalysis.

Regional clinics providing audiologists' services are paid for by the Manitoba Health Department.

In addition to the basic insured health services, the Commission also provides a Pharmacare drug program; eyeglasses for seniors; contact lenses for seniors and children with congenital eye defects; prosthetic and orthotic devices and services; telecommunication devices for the profoundly deaf; artificial eyes; breast prostheses and surgical brassieres; dental coverage for patients with cleft lip/palate; hearing aids and orthopaedic shoes for children; an emergency air ambulance program; northern patient transportation for medical treatment; and, with some limitations, the services of chiropractors and optometrists.

UNIVERSALITY

All residents, with the exception of members of the Canadian Armed Forces, members of the Royal Canadian Mounted Police and inmates of federal penitentiaries, who are legally entitled to be in Canada and who make their homes in Manitoba and are physically present in the province at least six months a year, are eligible for coverage subject to certain waiting periods (see Portability section). Every resident of Manitoba is required to register him/herself and dependents. All insured hospital, medical and in-hospital dental services to which federal contributions are related are available to Manitoba residents on uniform terms and conditions. No premiums are levied.

PORTABILITY

Minimum Residence

Benefits are available on the first day of the third month following the month of arrival in Manitoba for persons from another province or territory. Returning Canadians and landed immigrants arriving from out-of-Canada are insured on date of arrival in Manitoba. First-day coverage is also provided to discharged members of the Canadian Armed Forces and Royal Canadian Mounted Police Force, and to discharged inmates of federal penitentiaries.

Persons temporarily absent from the province may continue as insured persons for up to 12 months. Students who intend to return to reside in Manitoba upon completion of studies are covered for the duration of their studies. Residents may not be absent on vacation for more than six months in any one year.

Payment Arrangements In-Canada

Manitoba has a reciprocal billing arrangement with all other provinces and territories for insured in- and out-patient hospital services. Payment is at the in-patient rate of the Plan in the province or territory where hospitalization occurs. Manitoba pays the standard out-patient charges authorized by the Federal/Provincial Advisory Committee on Institutional and Medical Services.

Payment for professional (medical) benefits are in accordance with the reciprocal billing agreement between provinces (except Quebec).

Payment Arrangements Out-of-Canada

Hospital in-patient services that, in the opinion of the Commission, could not have been provided adequately in Manitoba, are paid the greater of 75 percent of the hospital charges for insured services, and the average daily rate of payment established by the Commission by regulation for a Manitoba hospital of similar bed size. Hospitalization outside Canada, due to an emergency, is paid at an average daily rate based on the cost of a Manitoba hospital of comparable size. Hospital out-patient

services satisfying any of the following conditions are paid the greater of 75 percent of the hospital charges for the insured services provided, and the rate of payment established by the Commission by regulation: services required due to an accident or sudden illness; or which, in the Commission's opinion, could not be adequately provided in Manitoba; or which are provided to a person named in an out-of-province certificate; or which are provided to an insured resident and his or her dependents, if any, temporarily employed or studying outside the country. In cases of demonstrated financial hardship, the Commission is authorized to pay more than normal benefits. The Commission does not normally pay for out-of-Canada elective care that is available in Manitoba.

Insured medical and dental services received outside Canada are paid up to the Manitoba rate when: required due to accident or sudden illness that in the Commission's opinion could not be adequately provided in Manitoba; provided to a person named in an out-of-province certificate; and provided to an insured resident and his or her dependents, if any, temporarily employed or studying outside the country. Approval of the Commission must be obtained in other cases.

Permanent Moves Out-of-Province

Manitoba residents moving permanently to other parts of Canada are entitled to benefits up to the last day of the second month following the month of arrival in their new place of residence. Reciprocal agreements exist with all the provinces and territories to ensure there is no gap in continuity of coverage for necessary hospital and physician services.

Manitoba residents moving to another country are entitled to insured benefits up to the last day of the second month following the date of departure from Manitoba.

ACCESSIBILITY

Reasonable Access

All insured persons are entitled to all insured hospital and medical services to which federal contributions relate.

Manitoba states that it compares favourably with the national average in respect of hospital beds available to residents, including beds in teaching hospitals. In 1990-91, there were 98 acute care hospitals in the province with a total of 5,503 beds*. Separated cases totalled 148,596 and separated days totalled 1,649,858.

As well, Manitoba states that it compares favourably with the national average with respect to physician-to-population ratio. Incentive programs currently exist in order to attract physicians to some rural areas and to some specialties that are experiencing a shortage of physicians; the Standing Committee on Medical Manpower continues to address the issue.

Payment to Hospitals

Public general hospitals in the province are paid on a budget basis including all reasonable costs for insured services.

Total Commission expenditures for hospital services during the fiscal year 1990-91 amounted to $908,013,000. This includes payments to federal hospitals in the amount of $2,050,000; $17,349,000

*As at March 31, 1991.

to contract facilities and Red Cross Blood Transfusion Services; $18,479,000 to hospitals outside the province; $852,841,000 to public general hospitals; and $17,294,000 to community health centres and clinics.

System of Payment for Medical Care

Physicians in the province are paid on the basis of a fee schedule negotiated annually with the Manitoba Medical Association. Legislation was enacted effective August 1, 1985, prohibiting extra-billing.

Reasonable Compensation

A four-year fee agreement between the Manitoba government and the Manitoba Medical Association is in place for the period April 1, 1990, to March 31, 1994. The agreement allows for a compulsory and binding arbitration procedure to resolve disputes related to a compensation package.

During 1990-91, payments to physicians in the province totalled an estimated $255,000,000. For physician services provided out-of-province, the Plan paid approximately $2,500,000 (only includes payments to medical physicians; does not include chiropractic or optometric payments).*

EXTENDED HEALTH CARE SERVICES (EHCS)

The Manitoba Department of Health administers the Continuing Care Program. It is a province-wide program that provides in-home professional health services as well as various support services. Most of the services that clients receive under the Program are delivered by direct service workers employed through the regional offices of the Department. Some services are delivered by contracted agencies such as the Victorian Order of Nurses and Community Therapy Services. In addition to providing home care services, the Program is also responsible for the assessment and placement function for long-term institutional care.

Personal Care Homes are funded and licensed through Manitoba Health. The Manitoba Health Services Insurance Plan provides insurance coverage for persons residing in personal care homes. Residents of personal care homes pay a daily residential charge.

Residential Care Facilities are private facilities, but are licensed and regulated by the Department of Family Services. Applicants for aged and infirm Residential Care Facilities provide assessment information relative to their functional abilities to the regional resource coordinator.

Other extended health care services within the Continuing Care Program include: Home Oxygen Therapy; Intravenous Antibiotic Therapy; Home Ventilation Devices; Manitoba Home Care Equipment and Supply Program; the Ostomate Program; and Dialysis in Home.

---

*Effective April 1, 1990, medical services and costs for Manitoba residents rendered by physicians in other Canadian provinces under the reciprocal agreement are not included in this report.

SASKATCHEWAN

PUBLIC ADMINISTRATION

Hospital Insurance Plan

The Hospital Services Plan is administered on a non-profit basis by the Hospital Services Branch of Saskatchewan Health. Saskatchewan Health is responsible to the provincial government through the Saskatchewan Minister of Health.

Medical Care Plan

Prior to January 1, 1988, the Medical Care Insurance Plan was administered on a non-profit basis by the Saskatchewan Medical Care Insurance Commission. The Commission was responsible to the provincial government through the Saskatchewan Minister of Health.

Since January 1, 1988, the Saskatchewan Minister of Health has been directly responsible for the administration of the Medical Care Insurance Plan. The administrative activities of the Plan have been integrated into the Medical Care Insurance Branch of Saskatchewan Health.

COMPREHENSIVENESS

Hospital Insurance Plan

A comprehensive range of insured services is provided by hospitals through the Hospital Services Plan. Insured services include: public ward accommodation; necessary nursing services; operating room and case room facilities; surgical dressings and casts, as well as other required surgical materials and appliances; x-ray, laboratory and other diagnostic procedures; radiotherapy; anaesthetic agents and the use of anaesthesia equipment; physiotherapeutic procedures; all other services rendered by individuals who receive any remuneration from the hospital; and all drugs, biologicals and related preparations administered in-hospital and approved by the Minister.

Uninsured services under the Hospital Services Plan, either in-province or out-of-province include: extended care within the province; private and semi-private accommodation when chosen by the patient; services of persons not employed by the hospital; custodial care, whether provided in hospital or at home, and care and treatment in institutions primarily concerned with mental or nervous disorders; cosmetic surgery, with certain exceptions; certain drugs, biologicals and related preparations; transportation costs (ambulance services), except between hospitals within the same Saskatchewan city; services provided outside Canada for the treatment of cancer involving the use of cancer treatment drugs or procedures not approved in Canada; and take-home drugs and appliances.

In addition to insured hospital services, the Plan also funds directly, or through grants to hospitals, a variety of other agencies, programs and activities, including: The Saskatchewan Cancer Foundation; the Canadian Red Cross Society; community clinics; osteopathic services; and physical therapy facilities.

Prescription drugs required outside of hospitals are eligible for cost-shared benefits through the Saskatchewan Prescription Drug Services Branch.

Supplementary benefits include patient charges for emergency medical transportation (road ambulance and Saskatchewan Government air ambulance service).

Medical Care Plan

A comprehensive range of insured services is provided by medical practitioners and dentists.

Uninsured services under the Medical Care Insurance Plan include: services covered by the *Workmen's Compensation Act* or by other federal or provincial legislation; travelling; advice by telephone; surgery for cosmetic purposes, with exceptions; medical reports or certificates; eyeglasses; group immunizations; services provided by a person to him/herself or to his/her dependents; acupuncture; *in vitro* fertilization; and any mental or physical examination for the purpose of employment, insurance, judicial proceedings, etc.

In addition to the basic insured health services, the province also provides a prescription drug plan; a children's dental program; a hearing aid plan; the Saskatchewan Aids to Independent Living (SAIL) Plan, which provides medical equipment and appliances to persons who are disabled; and coverage for services provided by chiropractors, optometrists, and chiropodists.

UNIVERSALITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All insured persons, as prescribed by the *Saskatchewan Hospitalization Act and Regulations*, are entitled to services provided through the Plans. A person must be a resident of the province, that is, someone legally entitled to remain in Canada, who makes his/her home and is ordinarily present in the province, or any other person declared by the Lieutenant Governor in Council to be a resident, in order to become a beneficiary eligible for insured medical services. Eligibility for benefits for residents is solely dependent upon registration. No premiums are levied.

The following persons are ineligible for benefits: students from another province or territory entitled to or eligible for benefits in their home province or territory; members of the R.C.M.P.; members of the regular forces of the Canadian Armed Forces; and persons serving a term of imprisonment in a federal penitentiary.

PORTABILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

In the case of an unmarried person, he/she is entitled to insured services on and from the first day of the third month following the day he/she establishes residence in Saskatchewan. In the case of a married person, he/she is entitled to insured services on and from the first day he/she or his/her spouse establishes residence in Saskatchewan, whichever day is later.

Persons entitled to first-day coverage for insured health services include: members of the Canadian Armed Forces upon discharge; members of the R.C.M.P. upon release from duty; parolees and penitentiary prisoners upon discharge; prisoners in a provincial jail; landed immigrants; in-patients of a mental hospital or facility; and persons nominated under the *Saskatchewan Assistance Act*.

A resident continues to be eligible for benefits during periods of temporary absence provided that: the person is physically present in Saskatchewan for at least six months of each year (changed from four months in February 1991); the person is in full-time attendance at an educational institution

outside the province and is intending to return to maintain residence in Saskatchewan within 60 days of completion of studies; the person is employed outside Canada under a contractual agreement for a period not exceeding 24 months and intends to continue residing in the province upon completion of the contract; and the person is ordinarily physically present in Saskatchewan but is temporarily absent from the province for not more than 12 consecutive months for the purpose of a vacation, visit, business engagement, or employment.

Payment Arrangements In-Canada

The hospital plan pays for insured hospital services at the host province or territory rates. A common claim form is used by the out-of-province/territory hospital to bill its provincial/territorial hospital insurance plan, which in turn bills the Hospital Services Branch.

The Medical Care Insurance Branch pays for insured medical services provided in other provinces and territories, except Quebec, according to a reciprocal billing arrangement. Out-of-province physicians bill their own health plans for services provided to Saskatchewan residents. These costs are periodically charged back to the Saskatchewan Medical Care Insurance Branch.

Payment Arrangements Out-of-Canada

For treatment received outside Canada, coverage is extended for insured services only when provided by general hospitals approved as such by the official licensing body. Maximum payment per day of hospitalization is limited to the average daily rate of the Regina and Saskatoon general hospitals for the preceding year. The rate for fiscal year April 1, 1990, to March 31, 1991, was $389 per day. In 1990-1991, the payment schedule for out-patient services was adjusted and the maximum payment was limited to the amount approved for interprovincial reciprocal billing (except for general out-patient visits, where twice the reciprocal rate is allowed).

If a beneficiary is given prior approval by specified Saskatchewan Health agencies to obtain treatment outside Canada, when such is not available in Saskatchewan, the Plan will pay all fair and reasonable charges, including the exchange difference on currency. Payment is made only for insured hospital services received.

Beneficiaries may pay for service directly or have the bill forwarded to the Hospital Services Branch.

The Medical Care Insurance Branch pays for medical services at rates approved in Saskatchewan. Payment can be made either to the patient or to the physician after acceptable documentation is received by the Branch.

Residents may be eligible for special coverage for medical services not available in Saskatchewan if a specialist physician notifies the Medical Care Insurance Branch prior to the service being provided. The Branch must also agree that the service is not available in the province. Payment is at a rate considered to be fair and reasonable.

Permanent Moves Out-of-Province

Residents moving permanently out-of-province or out-of-Canada are eligible for coverage for the remainder of the month in which they take up new residence outside Saskatchewan, plus the following two months.

ACCESSIBILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

Saskatchewan states that reasonable access to hospital and medical services is available for Saskatchewan residents.

In 1990-91, there were 133 acute care hospitals in the province with a total of 7,273 beds. Patients admitted during the fiscal year totalled 221,424, and total patient days were 1,606,142. No user charges exist for hospital services. There are 1,144 active physicians throughout the province. Effective August 1985, extra-billing by physicians, dentists, chiropractors and optometrists was banned.

Payment to Hospitals

Legislation authorizes the Minister of Health to make payments to hospitals. Semi-monthly payments are made by the Plan on the basis of the estimated reasonable cost of providing insured services by each hospital in the fiscal year.

During the 12 months ending March 31, 1991, payments totalling $557,361,144 were made to hospitals in the province for in-patient care and $72,914,664 for out-patient services. Saskatchewan hospitals received $8,365,807 for in-patient and out-patient care provided to residents of other provinces or territories under reciprocal agreements with other provinces and territories. Payments for insured services provided in hospitals outside the province to Saskatchewan residents amounted to $36,949,395 in 1990-91.

System of Payment for Medical Care

Insured physician and dental services are paid on a fee-for-service basis in accordance with the Medical Care Insurance Branch payment schedule and assessment rules.

Reasonable Compensation

Legislative provisions include a method for determining reasonable compensation for physicians. Under these procedures, a medical compensation review committee is established, with members appointed by the Minister of Health and the Saskatchewan Medical Association. This committee attempts to reach an agreement on the amount of money to be made available during the term of the agreement and for adjustments in the general rates of payment for insured medical services contained in the medical care payment schedule. The legislation also includes provision for a Medical Compensation Review Board, which is an arbitration panel that acts in the event that the committee is unable to reach an agreement.

During 1990-91, payments to physicians in the province totalled $238.2 million. For physician services provided out-of-province, the Branch paid approximately $12.1 million.

EXTENDED HEALTH CARE SERVICES (EHCS)

The Continuing Care Branch of Saskatchewan Health provides funding for a variety of home care and home support programs, as well as providing operating grants for special care homes.

The Home Care Program provides assessment and care coordination, meals, nursing, homemaking, home maintenance and a variety of volunteer services. Community support programs include adult day programs and respite.

Special care homes provide residential care for adults who do not require acute care but do require a greater degree of care or supervision than they could receive in their own homes. Personal (private) care homes also provide residential care. Legislation to license and monitor these facilities, the *Personal Care Homes Act*, was passed in August 1989, but not proclaimed, pending finalization of the regulations expected in 1991.

ALBERTA

PUBLIC ADMINISTRATION

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospitalization Benefits Plan and the Health Care Insurance Plan are administered and operated on a non-profit basis. The Minister of Health is responsible for the Plans. The accounts are audited annually by the Auditor General.

COMPREHENSIVENESS

Hospital Insurance Plan

Insured hospital services under the Hospitalization Benefits Plan include: accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations; drugs, biologicals and related preparations when administered in a hospital, except when not considered medically necessary for the treatment of a patient; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities and necessary equipment and supplies, where available; use of radiotherapy, occupational therapy, speech therapy, respiratory therapy, psychiatric therapy and physical therapy facilities, where available, for in- and out-patients; services rendered by persons receiving remuneration from a hospital; semi-private or private accommodation when medically necessary; private nursing care when ordered by the attending physician and approved in accordance with hospital by-laws; pacemakers, steel plates, pins, joint prostheses, valve implants and any other goods approved by the Minister; transportation in Alberta, whether by ambulance or other commercial vehicle, to transport an in-patient between hospitals; out-patient goods and services including goods used in a medical procedure; and provision of drugs, enzymes and dietary supplements through clinics located in Edmonton and Calgary for all persons with cystic fibrosis.

Uninsured hospital services include: preferred accommodation at patient's request; televisions; telephones; take-home drugs, appliances and biologicals; private nursing services; transporting out-patients between hospitals; artificial limbs and other external prosthetic appliances; and examination for use of third parties.

The Department of Health administers the Cleft Palate/Lip Program, the Cystic Fibrosis Program and provides funds for the Early Detection of Breast Cancer Program.

Medical Care Plan

Insured health services under the Health Care Insurance Plan include all services provided by physicians that are medically required and listed in the Medical Benefits Regulations, and those services provided by a dental surgeon in the field of oral surgery as specified in the Regulations.

Services not insured under the Plan include: medico-legal services; medical reports or certificates; advice by telephone; examinations required by a third party for drivers' licences (except as required by law for seniors just prior to their 75th birth date, and as required thereafter), employment, schools, summer camps, insurance and similar purposes; services that a resident is eligible to receive under a statute of any other province or territory, under any statute relating to workers' compensation or under any statute of the Parliament of Canada; services not provided by or under the supervision of

a practitioner; any service determined "not medically required" by a physician, or classed as experimental; drugs, plaster and special bandages; patient or practitioner transportation costs; charges for distance or travelling time of a physician; routine dental care, dentures, eyeglasses, hearing aids, medical and surgical appliances and supplies; and services provided by a clinical psychologist.

In addition to the insured medical and dental services, the Alberta Health Care Insurance Plan provides some benefits in respect of additional services under the Basic Health Services Program, including chiropractic, physical therapy, optometric and podiatric services. The Plan also provides out-of-province hospitalization benefits for Alberta residents and Extended Health Benefits and Non-Group Blue Cross Benefits for eligible residents.

Non-Group Blue Cross coverage is available to all registered residents on an optional basis subject to the payment of premiums, and provides additional benefits for drugs, accidental dental care, ambulance services, registered clinical psychological services, home nursing care, appliances and hospital care.

The Extended Benefits Program provides additional benefits for eyeglasses, and dental goods and services to residents age 65 and older, their spouses and dependents, and eligible widows and widowers age 55 to 64 and their dependents. Persons eligible for the Extended Benefits Program receive basic health coverage as well as Blue Cross coverage premium-free.

The Alberta Aids to Daily Living Program, in cooperation with authorizers and vendors, assists individuals who have a chronic disability or illness, and individuals who are terminally ill, to secure certain basic medical supplies and equipment necessary for more independent functioning at home or in a home-like setting. Examples of supply and equipment support by these programs include: medical and surgical supplies; respiratory therapy benefits; walking aids; hearing aids; wheelchairs and accessories.

The Emergency Air Ambulance Program covers emergency air ambulance costs to transport residents within Alberta and outside the province to receive the required level of service, when ordered by a physician.

UNIVERSALITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All residents of Alberta, with the exception of members of the Canadian Armed Forces, members of the Royal Canadian Mounted Police Force, and inmates of federal penitentiaries, are entitled to coverage under the Hospitalization Benefits Plan provided they are registered with the Minister. However, should the Minister discover a resident who is not registered, the Minister may register that resident and dependents. Registration entitles the resident to coverage for insured hospital and health services.

Although Alberta has a premium system, no Alberta resident is denied coverage due to an inability to pay premiums. Eligibility for benefits is not linked to premium coverage. The Alberta Health Care Insurance Plan operates a premium subsidy and premium waiver program for residents with financial hardships, and provides premium-free coverage for seniors and their spouses; widows and widowers age 55 to 64 under the *Widows Pension Act*; recipients of certain social allowance, correctional or mental health programs; and dependents of those receiving this premium-free coverage.

PORTABILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

The minimum residence period for coverage under the Alberta Hospitalization Benefits Plan does not exceed three months.

First-day coverage is provided to landed immigrants, returning Canadians and people released in Alberta from the R.C.M.P., the Armed Forces and federal penitentiaries, and specified persons from outside of Canada who have established residence in Alberta.

A resident who is temporarily absent from the province for vacation, visit or business engagement reasons continues to be eligible for benefits provided his/her absence does not exceed 12 consecutive months. A resident who is on educational leave from employment is eligible for benefits for the period of temporary absence up to a maximum of 24 consecutive months. A resident who works on behalf of a religious organization approved as a registered charity, such as a missionary worker, is eligible for benefits for the period of temporary absence up to a maximum of 48 consecutive months.

Coverage is maintained for the duration of the temporary absence from the province for students enrolled in full-time study at an accredited educational institution.

Regardless of the reason for temporary absence, residents are required to notify Alberta Health Care as soon as it appears likely that treatment for a single accident or illness will continue longer than three months.

Payment Arrangements In-Canada

Payment for insured hospital services provided to eligible Albertans elsewhere in Canada is at the rate that is approved by the hospital insurance plan of the province or territory in which the goods or services are provided, unless the Minister has entered into an agreement with the government of a province or territory to apportion the costs between them in a different manner.

Payments for insured medical services provided to eligible Albertans elsewhere in Canada are at the host provincial/territorial rates, except for Quebec. For Quebec, the payments are made according to the Alberta rates for medical services provided to Alberta residents in Quebec.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Hospitals are paid for goods and services to in-patients and out-patients, at the lesser of (a) the rates prescribed by the Minister from time to time, or (b) the rates charged by the hospital or facility for the goods and services. In prescribing the rates, the Minister may take into account the size, standards of service, type of hospital and any other relevant factors.

Alberta's in-patient per diem rates for out-of-Canada hospital services are $280 for primary services, $365 for secondary services and $570 for tertiary and specialized services. The standard out-patient per visit rate is $100.

When a resident of Alberta is temporarily absent from Canada, the Plan will pay for practitioners' services to a maximum of the Alberta Schedules of Benefits.

Two programs are available to assist Albertans in covering the costs of insured medical and hospital services that are provided outside Alberta. They are the Out-of-Province Supplementary Assistance Program and the Emergency Financial Assistance Program.

The Out-of-Province Supplementary Assistance Program applies when an Alberta patient is referred by an Alberta physician elsewhere in Canada for insured medical services not available in Alberta, or outside the country if the service is not available in Canada.

The program covers insured medical and hospital costs. In addition, return air transportation costs, within Canada and the continental U.S.A., can be covered.

Under the Emergency Financial Assistance Program, a resident may request special consideration to help pay for unexpected insured medical and/or hospital care required while temporarily absent from Alberta. The program applies only if:

a) the emergency health care could not have been reasonably foreseen and guarded against, and

b) the excessive costs of this care, beyond the amount covered by Alberta's health care and hospital insurance plans, place an undue financial burden on the resident.

Emergency Financial Assistance is not considered a replacement for supplemental health insurance that provides additional health care coverage for travel and other temporary absences outside Alberta.

Permanent Moves Out-of-Province

A resident leaving Alberta for the purpose of establishing permanent residence in another province or territory of Canada is entitled to continued coverage for the period beginning the day he/she ceases to be a resident of Alberta and ending on the last day of the second month following the month of arrival in the new province or territory, unless the period is extended by the Minister in special circumstances.

A resident establishing permanent residence outside Canada is entitled to continued coverage under the Plan, if the Minister is notified, for the period beginning the day he/she ceases to be a resident of Alberta and ending one, two or three months, as prescribed by the Minister, from the date of leaving Alberta, unless the period is extended by the Minister due to special circumstances.

A resident establishing permanent residence outside Canada is not entitled to continued coverage until all arrears of premiums have been paid as well as premiums applicable for the period of continuing coverage.

ACCESSIBILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

To ensure reasonable access to hospital services, in 1989-90* Alberta had 128 acute care public hospitals and 38 stand-alone auxiliary hospitals operating throughout the province. These hospitals

*1990-91 data for the number of hospitals and bed complements are not available at this time.

have an approved bed complement of 12,911 acute care beds and 5,593 auxiliary beds. The total number of acute care and auxiliary beds (18,504) provides a ratio of 7.52 beds per 1,000 population. A $16.00 per diem charge applied effective July 1990 (will be increased to $17.80 per day effective October 1, 1991) in auxiliary hospitals for accommodation in a standard ward. This charge is compatible with the exclusions provided for under subsection 19 (2) of the *Canada Health Act*.

Residents have access to health care facilities throughout the province. Health care professionals are highly educated and standards are rigorously maintained. To ensure reasonable access to physician services, a physician incentive program is in place to encourage physicians to locate in underserviced areas. The number of medical practitioners practising in Alberta increased by 3.37 percent between March 1990 and March 1991, from 3,977 to 4,111. The total number of medical services in-province increased by 8.98 percent from 28,531,275 in 1990 to 31,093,396 in 1991.

Payment to Hospitals

Hospitals are funded mainly through global budgets. Hospitals requesting additional funding must submit a proposal to Alberta Health, detailing the amount required and the reasons for the additional funding. The Department reviews each proposal on a line-by-line basis.

In 1990-91, total payments (for operating and capital expenditures) to hospitals (active and auxiliary) in the province are estimated to be $2.07 billion. Expenditures for hospital services provided outside the province were $36.4 million during the same year.

System of Payment for Medical Care

Physicians are paid on a fee-for-service basis. Medical practitioners may bill the Plan or the patient. Extra-billing was terminated in Alberta on October 1, 1986.

Reasonable Compensation

The current fee agreement between the Alberta government and the Alberta Medical Association runs from April 1, 1989, to March 31, 1992.

In 1990-91, payments to physicians in the province totalled $747,982,237. The Plan paid approximately $13.2 million for physician services provided out-of-province to Alberta residents.

EXTENDED HEALTH CARE SERVICES (EHCS)

Alberta nursing homes provide personal, social, and health care to Alberta residents who are not well enough to be accommodated in private homes or facilities such as senior citizens' lodges, but not ill enough to require care in an active treatment hospital or auxiliary (chronic care) hospital.

In addition to extended health care services available in the above-mentioned facilities, the Department of Health administers the Alberta Aids to Daily Living Program and the Home Care Program to assist persons who require these services to live in their homes and communities for as long as possible.

The Home Care Program is delivered to 19,000 residents per month through 27 Health Units located across Alberta. It offers nursing, personal care, homemaking, and a variety of optional services such as nutrition services, physiotherapy and occupational therapy. Approximately 68.5 percent of home care services are to people over the age of 75.

The Home Care/Community Long Term Care Branch and Long Term Care Institutions Branch of Alberta Health have developed a single point-of-entry process for residents to access long-term services. All areas of Alberta have implemented most of the phases on single entry development.

BRITISH COLUMBIA

PUBLIC ADMINISTRATION

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospital Insurance Plan is administered and operated on a non-profit basis by the Hospital Care Division of the Ministry of Health. The Division is responsible to the provincial government for the administration and operation of the Plan.

The Medical Services Plan of British Columbia is administered and operated on a non-profit basis by the Medical Services Commission, a public authority designated by Statute. The Commission is responsible to the provincial government for the administration and operation of the Plan.

The Hospital Care Division and the Medical Services Commission are subject to audit of their accounts and financial transactions by the Auditor General of British Columbia.

COMPREHENSIVENESS

Hospital Insurance Plan

The following insured services are provided by hospitals: accommodation and meals at the standard or public ward level; necessary nursing services; laboratory and radiological procedures and necessary interpretations, together with such other diagnostic procedures as approved by the Minister; clinically approved drugs, biologicals and medical supplies, when administered in a general hospital specified in the *Hospital Insurance Act*; routine surgical supplies; use of operating room and case room facilities; anaesthetic equipment and supplies; use of radiotherapy and physiotherapy facilities, where available; and other services, approved by the Minister, that are rendered by persons who receive remuneration from the hospital. Qualified persons not requiring in-patient hospital care may receive emergency treatment for some injuries and operating room or emergency room services for surgical day care and minor surgery, including the application and removal of casts.

Hospital out-patient benefits include: out-patient renal dialysis treatments in designated hospitals or other approved facilities; diabetic day-care services in designated hospitals; out-patient dietetic counselling services at hospitals with qualified staff dieticians; psychiatric out-patient and day-care services; physiotherapy and rehabilitation out-patient day-care services; cancer therapy and cytology services.

Take-home drugs and certain hospital drugs are not insured, except those provided under the provincial Pharmacare Program. Other procedures excluded under the *Hospital Insurance Act* are: diagnostic out-patient services; the services of medical personnel not employed by the hospital; treatment for which the Workers' Compensation Board, Department of Veterans Affairs, or any other agency is responsible; transportation to and from hospital; *in vitro* fertilization; sex reassignment surgery; cosmetic services solely for the alteration of appearance; and reversal of previous sterilization procedures. Uninsured hospital services also include: preferred accommodation at patient's request; televisions; telephones; and private nursing services.

Medical Care Plan

The Medical Services Plan provides for all medically required services of medical practitioners and specified dental surgery when necessarily performed in hospital by a dental surgeon. The broad

category of services covered is: consultations; complete examinations; home visits; major and minor surgery; obstetric services; surgical assistance; anaesthesia; diagnostic/therapeutic procedures; special and miscellaneous services; other office procedures; and other hospital procedures performed by a physician or dentist.

The following services are not insured: services covered by the *Workers' Compensation Act* or by other federal/provincial legislation; provision of non-implanted prostheses; orthotic devices; proprietary or patent medicines; any third-party request for medical examination or certificate; oral surgery rendered in a dentist's office; acupuncture; group immunizations; telephone advice; reversal of sterilization procedures; *in vitro* fertilization; medico-legal services; cosmetic services; and preventive medical counselling, for example, smoking withdrawal programs.

In addition to the basic insured health services, the province also provides oral surgery and orthodontic treatments for patients age 20 years or younger with cleft lip/palate or severe congenital facial abnormalities; and, with some limitations, the services of chiropractors, naturopaths, optometrists, orthoptists, physiotherapists, massage practitioners, and podiatrists.

The Pharmacare program provides full or partial assistance with the cost of designated prescription drugs; ostomy and mastectomy supplies; prosthetic devices and orthotic bracing for children 19 years of age and under; needles and syringes for insulin-dependent diabetics; and blood-glucose testing strips for diabetics with a Certificate of Training from a recognized training centre.

Ambulance services are provided within the province, by the British Columbia Ministry of Health, through the Emergency Health Services Commission, with a nominal charge to the patient.

UNIVERSALITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All qualified residents, excluding members of the Canadian Armed Forces and the R.C.M.P. and inmates of federal penitentiaries, are entitled to hospital and medical care insurance coverage.

There are no premiums for the Hospital Insurance Plan, but there is a daily charge for extended hospital care. This charge is adjusted four times yearly to reflect adjustments made in income supplements for seniors. The charge was $21.70 at the end of the fiscal year.

Enrolment in the Medical Services Plan is not mandatory; however, payment of premiums is ordinarily a requirement for coverage. Persons with low incomes may be eligible for premium assistance ranging in five steps from 15 percent to 95 percent of the full premium. As well, retroactive coverage for up to several months may be possible for persons previously enrolled in the Plan but who have allowed their premiums to lapse, if the required premium payments are made.

Coverage is available on uniform terms and conditions. However, low-income persons are eligible for the premium subsidies referred to above and for reimbursement of patient visit charges for supplementary benefits.

PORTABILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

The minimum residence requirement for hospital insurance and medical care coverage is a waiting period ending at midnight on the last day of the second month following the month in which the individual becomes a resident.

The Plan provides "first-day coverage" to discharged members of the R.C.M.P. and Canadian Armed Forces, and to released inmates of federal penitentiaries. However, if discharged outside of British Columbia, they must wait the prescribed period.

Individuals who leave the province temporarily on extended vacations or for temporary employment are covered for up to 12 months, provided the required premiums are paid. Residents may take annual vacations of up to six months provided six months are spent living in the province.

Individuals who maintain a second residence outside the province must reside in British Columbia for at least six months each year in order to maintain coverage.

Persons attending school outside Canada or working for organizations such as CUSO or CIDA may be entitled to coverage for up to five years and up to two years respectively while away from the province. Continuous coverage will be maintained, subject to payment of the required premiums, unless the individual does not return prior to the expiration of coverage, in which case he/she must wait the required three months.

Payment Arrangements In-Canada

Hospital charges are paid at the standard ward rate actually charged by the hospital. According to interprovincial/territorial reciprocal billing arrangements, physicians, except in Quebec, bill their own medical plans directly for services rendered to eligible British Columbia residents on presentation of a valid Medical Services Plan card (CareCard). British Columbia then reimburses the province or territory at the rate of the fee schedule in the province or territory in which services were rendered.

Arrangements for elective services performed out-of-province require the pre-authorization of the Ministry of Health. Payment for these services, except excluded services, is handled through interprovincial/territorial reciprocal billing procedures that are in place with all provinces and territories. Excluded services are billed directly to the home province or territory.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Emergency in-patient hospital care is reimbursed to the individual at the cost actually incurred, up to a limit of $75.00 per day (in Canadian funds). Emergency medical care is paid for in accordance with the schedule of services provided in the province.

In cases of non-emergency care where treatment is available within the province, authorization in writing must be obtained in advance from the Hospital Care Division for hospitalization and from the Medical Services Commission for medical care services to ensure coverage. Hospital services will be paid at the average rate for British Columbia hospitals, and medical services will be paid in accordance with the British Columbia fee schedule.

Authorization obtained for treatment not available in British Columbia will be paid at the usual and customary rate that is charged at the place where such treatment is received.

Permanent Moves Out-of-Province

Persons moving permanently to another part of Canada or to another country are entitled to coverage to the end of the second month following the month of departure. On interprovincial/territorial moves, persons may be extended coverage, not to exceed three months, for a reasonable period of travel. This additional coverage is not available when a person moves out-of-country.

ACCESSIBILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

British Columbia declares that there is reasonable access to hospital and medical care services. In 1990-91, the hospitals and associated beds were: 94 acute/rehabilitation care hospitals (11,365 beds); four rehabilitation hospitals (428 beds); and one federal hospital (12 beds) used by residents and for which the provincial Plan pays a per diem rate when the beds are used. The number of beds available totalled 11,805. As well, there were 11 Diagnostic and Treatment Centres and six Red Cross Outposts.

Patients admitted to acute/rehabilitation care during the fiscal year totalled 436,850, with total patient day services of 3,328,282.

The province also offers access to medical care services for extended care patients. In 1990-91, these care units and the associated beds were offered in 77 acute/rehabilitation hospitals (5,823 beds), and 13 hospitals specialized in extended care (1,853 beds). The number of beds available totalled 7,676.

Patients/residents admitted to these care units during the fiscal year totalled 6,943, with total patient day services of 2,725,717.

Payment to Hospitals

Regular bi-weekly payments to hospitals are made by the Ministry of Health, based on annual operating grants determined by the Ministry. Adjustments to the grant may be made after a hospital review.

The 1990-91 cost of hospital programs (includes program management, operating contributions to hospitals, hospital construction and renovation, and hospital equipment) was estimated at $2.36 billion. Payments included in the foregoing amount, to hospitals out-of-province, totalled $35 million for insured services provided to British Columbia residents.

System of Payment for Medical Care

Payment for medical services delivered in the province is made through the Medical Services Commission to individual physicians in the province, based on billings that have been submitted. The patient is not normally involved in the payment system. Claims from physicians over a specified volume of services are submitted electronically through the Teleplan Program. Ninety-eight percent of the claims are submitted electronically, while the remaining two percent are submitted on claim cards by low-volume physicians.

Reasonable Compensation

Compensation for medical practitioners is based on a fee schedule established by the Medical Services Commission (MSC) in collaboration with the British Columbia Medical Association (BCMA). Dentists and other health care practitioners offering insured services have their own individual fee schedules approved by the Commission.

The agreement between the MSC and the BCMA regarding fees expires March 31, 1992.

During 1990-91, payments to physicians in the province totalled an estimated $1.20 billion. For physician services provided out-of-province, the Plan paid approximately $13 million, of which approximately $10 million were for reciprocal payments to other provinces or territories.

EXTENDED HEALTH CARE SERVICES (EHCS)

The Continuing Care Division of the Ministry of Health provides a comprehensive range of community-based supportive care services to assist people whose ability to function independently is affected by long-term, health-related problems. Services include: assessment; case management; In-Home Support services (homemaker, home nursing care, physiotherapy, occupational therapy and meals programs); Residential Care services (family care homes, group homes, personal and intermediate care homes, private hospitals, extended care units and special care units); and Special Support services (adult day care, respite care, and assessment and treatment centres). Services are delivered at the community level through 16 provincial Health Units and five municipal Health Departments.

Residential care services provide care and supervision in a protective, supportive environment for adults who can no longer be looked after in their own homes.

Home nursing care services provide professional nursing care to people of all ages in their own homes. These services are available on a non-emergency basis and include assessment and consultation, care coordination, and direct nursing care for clients requiring chronic, acute, palliative or rehabilitative services.

Adult day-care services offer an organized program of health, social and recreational activities to enhance and complement services provided either in the home or in a residential care setting.

The *Continuing Care Act* came into effect on July 1, 1990. The *Act* provides a statutory framework to govern the relationship between the Ministry of Health as the funding agency, and providers of non-acute, continuing care services.

YUKON

PUBLIC ADMINISTRATION

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Yukon's Hospital Insurance Services Plan and the Health Care Insurance Plan are administered by employees appointed pursuant to the *Public Service Act*. Both plans are non-profit and are subject to audit by the Office of the Internal Auditor and the Auditor General's office.

COMPREHENSIVENESS

Hospital Insurance Plan

Insured in-patient hospital charges include: accommodation and meals at standard ward level; all necessary nursing services; all laboratory, x-ray and diagnostic procedures; all drugs, biologicals and appliances prescribed by a physician and administered in-hospital; operating room, case room and anaesthetic facilities; routine surgical supplies; radiotherapy and physiotherapy services; and services rendered by persons who are paid by the hospital.

All Level III, IV and V in-patient days of care provided by active treatment centres are fully insured. Preferred accommodation is also insured if medically necessary. Out-patient visits to approved active treatment centres, where the purpose of the visit cannot be accomplished outside of a hospital context, are fully insured at prevailing approved rates.

Insured out-patient services include: laboratory, radiology and other diagnostic procedures, together with the necessary interpretations to assist in diagnosis and treatment of any injury, illness or disability; necessary nursing services; drugs, biologicals and related preparations when administered in-hospital; use of operating room and anaesthetic facilities, including necessary equipment and supplies; routine surgical supplies; and services rendered by persons who are paid by the hospital.

Exclusions include: non-resident hospital stays (for example, medical boarding, Level I or II care provided in a hospital); drugs and biologicals required following discharge; preferred accommodation surcharges when not medically necessary; special services at the patient's request (for example, television charges, private nursing when not medically necessary).

Medical Care Plan

Medically required services provided by medical practitioners are fully insured if provided in Canada. Dental services are limited to those dental-surgical procedures scheduled in the Regulations, requiring the unique capabilities of a hospital for their performance (for example, surgical removal of teeth, root resection).

Exclusions include: medical-legal services, including examinations and reports relating thereto, and testimony in court or giving evidence in legal proceedings; detention time; insured services rendered by a medical practitioner to him/herself or to his/her dependents, except where the Administrator decides otherwise; issuing prescriptions; the dispensing by a medical practitioner of medicines, drugs, or medical appliances; the fitting and supply of eyeglasses; routine dental care including dental x-rays; services rendered for third parties; cosmetic services unless specifically approved by the Plan's Medical Advisor; reversal of sterilization procedures; medical reports or certificates; group immunizations; telephone advice; acupuncture; services provided by podiatrists, osteopaths,

orthodontists, and chiropractors; long-distance telephone tolls incurred by physicians in the course of arranging referrals; dental surgery performed outside of a hospital; and laboratory and x-ray procedures performed in facilities not approved by the Plan.

In addition to the insured benefits covered under the Yukon Health Insurance Plan and administered by the Yukon Department of Health and Social Services, supplementary benefits are provided under the Health Benefits Programs, including: Pharmacare; Extended Health Care Benefits for seniors; and a Chronic Disease and Disability Program. There is also a Travel for Medical Treatment Program that covers elective as well as emergency health transportation both within the Yukon and to tertiary care centres in Alberta and British Columbia. It also offers subsidies for meals and accommodation for patients travelling to centres where they received medical treatment. Audiology, psychology, speech therapy, and screening mammography services are part of community health services funded by the Department.

UNIVERSALITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

All Yukon residents, with the exception of members of the Canadian Armed Forces and R.C.M.P. and inmates of federal penitentiaries, are entitled to full coverage under the Plans. Services that are medically required are provided on uniform terms and conditions to all bona fide residents of Yukon. "Resident" is defined using the wording of the *Canada Health Act*.

The *Yukon Health Care Insurance Plan Act* does require registration of self and dependents upon establishing residence. Eligibility is not linked by statute or regulation to registration. No premiums are levied.

PORTABILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

All terms and conditions of the Agreement on Eligibility and Portability are fully complied with. Definitions have been rendered consistent in regulations, policies, and procedures. Coverage is effective within three months of arrival in the territory.

First-day coverage is provided for returning nationals, landed immigrants, persons discharged from the Armed Forces, the R.C.M.P. and federal penitentiaries, and ministerial permit holders. Extended coverage is available in certain circumstances, upon application. Normally such extensions are limited to 12 months, and prior notice is desirable. Residents must maintain a permanent residence and ordinarily be present in the Yukon.

Payment Arrangements In-Canada

In-patient services are paid at the standard ward per diem rate set by the relevant authority. Out-patient services and insured medical care and elective services are paid in accordance with reciprocal billing arrangements.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Hospital and medical care services are paid at the rate charged or the prevailing Yukon rate, whichever is the lesser. No conditions are imposed regardless of whether care is urgent or elective.

Permanent Moves Out-of-Territory

Coverage upon permanent departure is normally three months. This may be extended for periods of up to 12 months if the individual is not directly relocating.

ACCESSIBILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

There are no user fees or co-insurance charges under the Hospital Plan. Hospital beds are readily available. No waiting list for admission exists. Yukon operates with hospital bed over-capacity, particularly in outlying areas where district hospitals may have occupancies as low as 20 percent.

Access to specialists and tertiary hospital care is insured through a publicly funded visiting medical specialist program and a travel for medical treatment program.

There is no extra-billing in Yukon for any services provided under the Health Care Insurance Plan.

Yukon states that it has an over-supply of physicians, dentists and dental surgeons. The physician-to-population ratio is approaching 1:500.

Payment to Hospitals

Approved Yukon hospitals operate on a budget review basis. Hospitals submit a budget annually to the Yukon Hospital Insurance Services Plan for review. Quarterly advances are made to hospitals for both in-patient and out-patient services following approval of a joint administrative Memorandum of Understanding reached in January 1986.

Payments to Yukon hospitals totalled $11,020,153 in 1990-91. Total payments to hospitals out-of-territory equalled $5,527,038 during the same period. There were 4,476 resident separations, 271 non-resident separations (discharges and transfers of adults, children and newborns), 17,986 resident days of care and 1,455 non-resident days of care.

System of Payment for Medical Care

All Yukon physicians bill the Health Care Plan directly. Reciprocal billing of physician claims for services rendered to Canadian non-residents and Yukon residents receiving medical services in another province or territory was introduced April 1, 1988.

Reasonable Compensation

Fees are negotiated with fee-for-service practitioners on an annual or bi-annual basis (depending on the duration of the agreement in force) with standing committees representing the health plan and the profession. These committees meet regularly (monthly to quarterly) to make redistributions, clarify practices, resolve problems and adjudicate disputed billing practices.

During 1990-91, payments to physicians in the territory totalled an estimated $6,554,518. For physician services provided out-of-territory, the Plan paid approximately $1,121,037.

EXTENDED HEALTH CARE SERVICES (EHCS)

Nursing home intermediate care and adult residential care services are provided in designated beds in hospitals and at Macaulay Lodge. Services include medical supervision and nursing, physiotherapy, recreation, and social programs.

The addition of extended care (level III) services has been approved by the Health Services Branch of the Department of Health and Social Services. A 40-bed extended care facility, including therapeutic day care and palliative care components, as well as a 10-bed unit for individuals with mental dysfunctions has been planned and constructed to provide these additional services.

The Social Services Branch of the Department of Health and Social Services offers a Home Care Program that provides support to those needing assistance to live at home, including home nursing, housekeeping, personal care, and respite care services.

NORTHWEST TERRITORIES

PUBLIC ADMINISTRATION

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Hospital Insurance Program is administered by the Department of Health, Government of the Northwest Territories. Each hospital is required to submit annual statements that have been audited by a public accounting firm. The Audit Bureau of the Government of the Northwest Territories is also required by the *Territorial Hospital Insurance Services Act* to perform an examination of the operations of each hospital.

The Medical Care Program is administered entirely by the Territories' Department of Health. The Auditor General of Canada is responsible for auditing the accounts of the Government of the Northwest Territories.

COMPREHENSIVENESS

Hospital Insurance Plan

Insured in-patient services include: accommodation and meals at the standard ward level; necessary nursing services; laboratory, radiological and other diagnostic procedures together with the necessary interpretations; drugs, biologicals and related preparations prescribed by a physician and administered in-hospital; routine surgical supplies; use of operating room, case room and anaesthetic facilities; use of radiotherapy and physiotherapy services, where available; psychiatric and psychological services provided under an approved program; services rendered by persons who receive remuneration from the hospital; and services rendered by an approved detoxification centre.

Out-patient services include: laboratory tests, x-rays including interpretations, when requested by a physician and performed in an out-patient facility in an approved hospital; hospital services in connection with most minor medical and surgical procedures; physiotherapy, occupational therapy, and speech therapy services in an approved hospital; and psychiatric and psychology services provided under an approved hospital program.

Services that are considered by the territories or the health community at large to be experimental are not insured. As well, services for cosmetic surgery, preferred accommodation at patient's request, drugs and biologicals dispensed after discharge from a hospital, telephones, televisions, private nursing services, and ambulance charges (with the exception of inter-hospital transfer) are non-insured.

Under the Hospital Insurance Plan, coverage is provided for chronic and extended care. Care is an insured service. Room and board is not an insured service. Patients must contribute to room and board based on Territorial Hospital Insurance Services (THIS) regulations.

Medical Care Plan

The Medical Care Program insures all medically required procedures provided by medical practitioners including: approved diagnostic and therapeutic services; necessary surgical services; complete obstetrical care; eye examinations, and visits to specialists even when there is no referral by a family physician. Dental services required as a result of injury or disease of the jaw are limited to specific oral surgery procedures provided in an approved health facility.

The following services are not insured: medical-legal services; telephone advice or prescriptions given over the telephone; surgery for cosmetic purposes; medical reports or certificates; examinations on request of third parties; optometry services; acupuncture; group immunizations; *in vitro* fertilization; reversal of sterilization procedures; mileage charges; services provided by a medical practitioner to his/her own family; dressings, drugs, vaccines, biologicals and related preparations; eyeglasses and special appliances; plaster, surgical appliances, or special bandages; treatments in the course of chiropractics, podiatry, naturopathy, osteopathy, or any other practice ordinarily carried out by persons who are not medical practitioners; physiotherapy and psychology services received from other than an insured out-patient facility; and services covered by the *Workmen's Compensation Act* or by other federal or territorial legislation.

In addition to the basic insured health services, the Northwest Territories also provides a Medical Travel Subsidy Program and an Extended Health Benefits program to assist Métis and non-native residents with costs associated with investigation, treatment, and maintenance, and for rehabilitation of long-term debilitating conditions. The benefits include drugs, medical supplies, appliances and prosthetics, and some travel benefits.

UNIVERSALITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

The Territorial Plans entitle all residents of the Northwest Territories, excluding members of the Canadian Armed Forces and R.C.M.P., and inmates of federal penitentiaries, to be registered. Residence requirements are in accordance with the interprovincial Agreement on Eligibility and Portability. There are no special provisions outside this agreement. No premiums are levied.

PORTABILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Minimum Residence

The minimum residence period does not exceed three months, though the Plan reserves the right to determine whether an individual has indeed taken up residence or is itinerant.

First-day coverage is provided to landed immigrants, inmates released from federal penitentiaries, and individuals discharged from the Canadian Armed Forces or the R.C.M.P.

Individuals who are temporarily absent from the Territories are covered for up to 12 months, provided prior notice is given.

Payment Arrangements In-Canada

All hospital and medical care services are covered at the rate assessed by the host province or territory. Patients are not required to receive prior approval. Patients are not billed directly for hospital services, but may be reimbursed directly for medical care services, if required. However, benefits permitted are those determined and approved by the Northwest Territories.

Payment Arrangements Out-of-Canada

Non-referred residents must present the original receipt in order to be reimbursed up to the equivalent of that paid for services in the Northwest Territories. If the services are not available in the Northwest Territories, an appropriate location in Canada is used to establish cost.

Referred patients, where physicians and the government agree that the appropriate services are not available in Canada, receive full coverage of all appropriate insured services in the amount charged by the host institution, with prior approval.

Permanent Moves Out of the Territories

Residents who move permanently to another part of Canada are provided coverage for three months as per the Eligibility and Portability Agreement. Coverage expires on the date of departure for residents leaving the Northwest Territories to establish permanent residence outside Canada.

ACCESSIBILITY

Hospital Insurance and Medical Care Plans

Reasonable Access

All residents of the Northwest Territories have access to all facilities operated by the Government of the Northwest Territories. In 1990-91, there were six acute care hospitals in the Northwest Territories with a total of 250 beds and cribs, and 50 bassinets.

Payment to Hospitals

Northwest Territories hospitals are paid on a budget review basis. Hospital care outside the Northwest Territories is paid through interprovincial/territorial reciprocal billing agreements. Expenditures for insured hospital services amounted to $84.4 million in 1990-91. Payments to hospitals outside the Territories totalled $20.5 million for insured services provided to Northwest Territories residents.

System of Payment for Medical Care

Physicians can be employed on salary by health boards or hospitals, or in private practice on a fee-for-service basis.

Reasonable Compensation

During the 1990-91 fiscal year, the Government of the Northwest Territories and the Northwest Territories Medical Association negotiated an agreement, subsequently signed into law, as regulations of the *Medical Care Act*. These regulations cover the period starting November 1, 1990, permitting an overall annual net increase of 4.1 percent.

During 1990-91, payments to physicians in the Territories totalled an estimated $11.6 million. For physician services provided outside the Territories, the Program paid approximately $3.3 million.

EXTENDED HEALTH CARE SERVICES (EHCS)

Nursing home level care is supported by Territorial Hospital Insurance and provided in designated beds in facilities in Inuvik, Chesterfield Inlet, Iqaluit, Yellowknife, Hay River, Fort Smith, Fort Simpson and Baffin Regional Hospital. Where appropriate services are not available in the Northwest Territories, clients are accommodated in facilities in southern Canada.

In addition, the N.W.T. Departments of Health and Social Services coordinate home care services in the Yellowknife, Hay River, Fort Smith, Inuvik, Baker Lake and Iqaluit communities.

Loi canadienne sur la santé
Rapport annuel
1990 - 1991

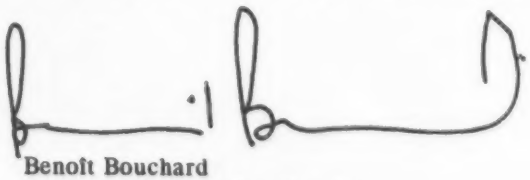
Canada

Son Excellence le très honorable Ramon John Hnatyshyn, Gouverneur général et Commandant en chef du Canada.

Qu'il plaise à Votre Excellence,

J'ai l'honneur de présenter à Votre Excellence le Rapport annuel sur l'application de la *Loi canadienne sur la santé* pour l'année financière terminée le 31 mars 1991.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Gouverneur général, l'assurance de mon profond respect.



Benoît Bouchard
Ministre de la Santé nationale
et du Bien-être social

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1991
Cat. HI-4/1991
ISBN 0-662-58598-4

TABLE DES MATIÈRES

Page

AVANT-PROPOS 5

INTRODUCTION 7

APERÇU DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

Critères 9

Conditions 10

Autres dispositions 11

Règlements 11

CONTRIBUTIONS ET VERSEMENTS DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Accords fédéraux-provinciaux de financement dans le domaine de la santé 13

Contributions et versements aux provinces 14

Tableau I Droits pécuniaires aux provinces et territoires à l'égard des services de santé assurés et des services complémentaires de santé 1990-1991 15

Tableau II État des droits pécuniaires provinciaux et territoriaux annuels au titre des contributions fédérales aux services de santé 16

Tableau III Paiements au comptant effectués au titre des contributions aux programmes des soins de santé 1990-1991 17

Dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs 18

Loi canadienne sur la santé - Administration 19

Renseignements 20

RÉGIMES D'ASSURANCE-SANTÉ PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX

	Page
Initiatives et changements	21
Terre-Neuve	25
Île-du-Prince-Édouard	31
Nouvelle-Écosse	37
Nouveau-Brunswick	43
Québec	49
Ontario	55
Manitoba	61
Saskatchewan	67
Alberta	73
Colombie-Britannique	79
Yukon	85
Territoires du Nord-Ouest	89

AVANT-PROPOS

Des événements de portée nationale ont fait de 1990 une année fort importante pour les Canadiens et Canadiennes. En effet, nos certitudes quant à notre avenir constitutionnel et à l'unité de notre pays ont été ébranlées. Par ricochet, certains se sont inquiétés de l'avenir de nos programmes sociaux, et notamment de notre système national de soins de santé.

Le gouvernement fédéral est-il déterminé à sauvegarder notre système national de soins de santé? Incontestablement, la réponse est «oui».

Le partenariat entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux en matière de financement et de prestation des soins de santé a une longue histoire. Il a d'ailleurs permis, grâce à diverses formules de compromis et de collaboration, de mettre en place un excellent système de soins de santé, fort envié des autres pays et fort apprécié des Canadiens et Canadiennes.

La haute estime qu'ont les Canadiens et Canadiennes de leur système de soins de santé ne peut ni être passée sous silence, ni être prise à la légère. Les sondages d'opinion ne cessent en effet de démontrer leur satisfaction. Une enquête effectuée en 1990 dans dix pays, dont le Canada, a révélé que les Canadiens et les Canadiennes étaient ceux qui étaient le plus satisfaits de leur système de soins de santé. D'autres sondages montrent que la majorité des Canadiens et Canadiennes, bien que conscients de certains des problèmes auxquels fait face leur système, comme ceux des listes d'attente pour certaines interventions et de l'augmentation du coût des soins de santé, n'en préféreraient pas moins que le système demeure essentiellement inchangé, moyennant quelques améliorations sur le plan de l'efficacité.

Il est plus important que jamais que tous les intervenants du secteur des soins de santé, les gouvernements, les prestateurs de soins à tous les niveaux, les organisations non gouvernementales et les groupes de consommateurs conjuguent leurs efforts afin de s'assurer que tous les Canadiens et les Canadiennes continuent de recevoir des soins de qualité qui soient accessibles et à un coût raisonnable. La nécessité de prendre un tel engagement survient à une époque particulièrement délicate de notre histoire et les enjeux sont clairs.

Si notre système de soins de santé n'est pas sauvegardé et enrichi dans un esprit de coopération et de collaboration, si la volonté de le maintenir en place faiblit, une volonté qui est le fait des Canadiens et des Canadiennes et que partage entièrement mon gouvernement, son existence même pourrait être menacée.

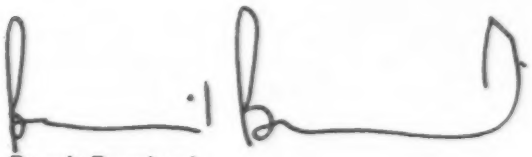
Cette volonté de sauvegarder notre système national de soins de santé doit aller de pair avec la volonté d'assumer nos responsabilités financières. La lutte contre le déficit a donné lieu à des restrictions financières affectant les paiements de transfert du gouvernement fédéral aux provinces et aux territoires dans le secteur de la santé. Malgré ces restrictions, les paiements de transfert continuent toujours d'augmenter en fonction de l'accroissement de la population. De plus, le budget fédéral de février 1991 prévoyait un amendement à la *Loi sur les accords fiscaux* afin que les principes de la *Loi canadienne sur la santé* continuent d'être respectés.

Les provinces et les territoires connaissent des pressions communes sur les coûts qu'entraînent des facteurs tels que le vieillissement de la population, la technologie, les attentes du public, les ressources humaines et les défauts du système. Deux autres facteurs ont également contribué à faire augmenter ces pressions : la réduction du rythme de croissance des paiements de transfert fédéraux et la diminution des revenus associée à une économie plus lente. Parallèlement, il est intéressant de constater que les groupes de travail et commissions créés par la plupart des provinces au cours des

dernières années en sont généralement arrivés à la conclusion que le système de santé n'est aucunement sous-financé. D'après les thèmes qui reviennent sans cesse dans ces diverses études, il semble qu'une certaine réorganisation ou certaines modifications de la prestation des soins s'imposent, et qu'il faille mieux utiliser les ressources et promouvoir plus activement la santé grâce à un mode de vie plus sain et à de meilleures conditions de vie et de travail.

Le gouvernement fédéral travaille de concert avec les provinces et les territoires et les autres personnes ou groupes concernés afin d'aborder certains problèmes reliés aux pressions économiques dans le secteur des soins de santé. Vous trouverez dans ce rapport des exemples de collaboration, en 1990, entre le gouvernement fédéral et les provinces et territoires.

L'avenir de notre système national de soins de santé, réputé dans le monde entier, dépend beaucoup de la façon dont les Canadiens et les Canadiennes règleront ensemble les difficultés auxquelles ce système doit faire face aujourd'hui. Je suis sûr que nous saurons relever ce défi.



Benoît Bouchard

INTRODUCTION

La *Loi canadienne sur la santé* a obtenu la sanction royale le 17 avril 1984, avec l'accord unanime de la Chambre des communes et du Sénat. La loi, entrée en vigueur le 1er avril 1984, abolissait la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques* et la *Loi sur les soins médicaux*. Subséquemment, des modifications ont été apportées à la *Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur le financement des programmes établis* (*Loi sur le FPÉ*); la nouvelle loi s'appelle maintenant *Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé*.

Le présent rapport doit servir à remplir les conditions mentionnées à l'article 23 de la *Loi canadienne sur la santé*, à savoir :

> *« Au plus tard pour le 31 décembre de chaque année, le ministre établit dans les meilleurs délais un rapport sur l'application de la présente loi au cours du précédent exercice, en y incluant notamment tous les renseignements pertinents sur la mesure dans laquelle les régimes provinciaux d'assurance-santé et les provinces ont satisfait aux conditions d'octroi et de versement prévues à la présente loi; le ministre fait déposer le rapport devant chaque chambre du Parlement dans les quinze premiers jours de séance de celles-ci suivant son achèvement ».*

Les provinces*, qui sont tenues de fournir les renseignements que le Ministre juge nécessaires aux fins de la loi, ont transmis de l'information sur le fonctionnement de leurs régimes d'assurance-santé en rapport avec les critères et conditions définis dans la loi.

Une grande partie du présent rapport est consacrée à la description du régime d'assurance-santé de chacune des provinces, plus particulièrement en ce qui concerne les critères et conditions énoncés dans la loi. Cette description est suivie dans chaque cas d'un aperçu des services complémentaires de santé offerts, conformément aux exigences de la loi.

Le rapport résume également les principales dispositions de la loi, ses modalités d'application par le gouvernement fédéral, le processus de consultation et les accords fédéraux-provinciaux relatifs au financement. Une partie du rapport traite des changements majeurs apportés aux régimes provinciaux d'assurance-santé au cours de l'année financière 1990-1991.

Quant à l'information quantitative, l'on peut obtenir de plus amples renseignements auprès d'organismes tels que la Direction générale de la politique, de la planification et de l'information, Santé et Bien-être social Canada, et Statistique Canada.

---

*Toute référence aux provinces comprend les territoires, à moins d'indication contraire.

APERÇU DE LA LOI CANADIENNE SUR LA SANTÉ

La *Loi canadienne sur la santé* a pour raison d'être :

> *« d'établir des conditions d'octroi et de versement du plein montant prévu à la Loi de 1977 à l'égard des services de santé assurés et des services complémentaires de santé fournis en vertu de la loi d'une province ».*

Ces critères et conditions, ainsi que les dispositions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs, sont exposés aux articles 7 à 12 de même qu'aux articles 13, 18 et 19 de la loi. Les critères et les dispositions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs ne s'appliquent qu'aux services de santé assurés et non aux services complémentaires de santé. Seules les conditions de versement, qui sont énoncées à l'article 13, s'appliquent aux services de santé assurés comme aux services complémentaires de santé.

Les services de santé assurés définis par la *Loi canadienne sur la santé* comprennent tous les services hospitaliers nécessaires et tous les services médicaux nécessaires fournis par un médecin, ainsi que les services de chirurgie dentaire médicalement nécessaires qui ne peuvent être accomplis convenablement que dans un hôpital.

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, les services complémentaires de santé comprennent les soins intermédiaires en centre d'accueil, les soins en établissement pour adultes, les soins à domicile et les soins ambulatoires. Les services font partie d'une gamme complète de services sanitaires et sociaux. Ils sont offerts, par l'entremise de différents établissements et programmes communautaires et institutionnels, aux résidents d'une province quelconque. La plupart des bénéficiaires de ces services sont âgés de 65 ans et plus.

Afin de recevoir, pour chaque exercice, le plein montant que le gouvernement fédéral verse en vertu de la loi de 1977 (*Loi de 1977 sur les accords fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé*), chaque régime provincial d'assurance-santé doit se conformer aux critères et conditions qui suivent :

Critères

a) Gestion publique

Aux termes de l'article 8, le régime provincial d'assurance-santé doit être géré sans but lucratif par une autorité publique, relevant du gouvernement provincial et assujettie à la vérification de ses comptes et de ses opérations financières.

b) Intégralité

Aux termes de l'article 9, le régime doit assurer tous les services de santé assurés fournis par les hôpitaux, les médecins ou les dentistes et, sur autorisation, les services fournis par les autres professionnels de la santé.

c) Universalité

L'article 10 prévoit que 100 p. 100 des personnes assurées d'une province ont droit aux services de santé assurés dispensés dans le cadre du régime selon des modalités uniformes.

d) Transférabilité

Conformément aux dispositions de l'article 11, lorsque des personnes s'établissent dans une autre province, la province d'origine doit assumer le coût des services de santé assurés pendant le délai minimal de résidence ou de carence imposé par la nouvelle province de résidence ne dépassant pas trois mois.

Les services de santé assurés doivent être fournis aux assurés temporairement absents de leur province et les coûts doivent être pris en charge de la façon suivante :

- le paiement des services assurés reçus à l'extérieur de la province de résidence, mais au Canada, doit être conforme au taux approuvé par le régime d'assurance-santé de la province d'accueil, sauf s'il existe d'autres accords entre les provinces. Un consentement préalable peut être nécessaire pour les services facultatifs; et

- le montant versé pour des services fournis à l'étranger sera au moins équivalent au montant que la province de résidence aurait versé pour des services semblables fournis dans la province. Un consentement préalable peut être également nécessaire pour les services facultatifs.

e) Accessibilité

En vertu de l'article 12, le régime provincial d'assurance-santé doit :

- prévoir des services de santé assurés selon des modalités uniformes et prévoir aux assurés un accès satisfaisant aux services de santé assurés sans y faire obstacle, directement ou indirectement, par un mécanisme de facturation ou autre;

- prévoir une rémunération raisonnable des médecins et dentistes pour tous les services de santé assurés qu'ils fournissent; et

- prévoir le versement de montants aux hôpitaux relativement au coût des services de santé assurés.

Conditions

En plus des critères susmentionnés, pour être admissibles à la pleine contribution pécuniaire du gouvernement fédéral et au plein montant versé à l'égard des services de santé assurés et du programme de services complémentaires de santé, les gouvernements provinciaux doivent remplir les conditions suivantes :

- fournir les renseignements dont le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social peut avoir besoin pour l'application de cette loi et qu'il peut déterminer par règlements; et

- faire état des contributions versées par le gouvernement fédéral pour les services de santé assurés et les services complémentaires de santé, de la façon qui peut être prescrite par les règlements.

Autres dispositions

Il y a aussi des dispositions relatives à la surfacturation et aux frais modérateurs qui sont décrites aux articles 18 et 19.

La *Loi canadienne sur la santé* prévoit également un mécanisme discrétionnaire de règlement des différends. Dans le cas où le Ministre fédéral estime qu'un régime provincial ne respecte pas un critère ou les conditions relatives à la communication des renseignements et à la reconnaissance de l'apport fédéral, les contributions du gouvernement fédéral peuvent être réduites. Avant d'avoir recours au Gouverneur en conseil, le Ministre doit informer la province du problème, obtenir des éclaircissements de cette dernière, rédiger un rapport sur les conclusions et, si le ministre provincial de la Santé le lui demande, tenir une réunion pour discuter de la question.

Ce n'est que si le Gouverneur en conseil est convaincu que la province a cessé de satisfaire à l'un des critères ou l'une des conditions, qu'il peut, par décret, ordonner que les contributions soient réduites ou retenues.

Règlements

La loi peut, par règlement, prendre toute mesure d'application concernant :

a) Les services complémentaires de santé

Les règlements portant sur les services complémentaires de santé définiraient de façon plus détaillée les services considérés par la loi comme des «services complémentaires de santé». Il est précisé dans le texte législatif que les règlements ne peuvent être adoptés qu'avec l'accord de chaque province, à moins qu'ils ne soient essentiellement les mêmes que ceux adoptés en vertu de la loi de 1977.

b) Les services exclus des services hospitaliers

Suivant la définition contenue dans la loi (article 2), les services hospitaliers englobent tous les services médicalement nécessaires fournis dans un hôpital aux malades hospitalisés ou externes, sauf les services expressément exclus par les règlements.

En vertu de la *Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques*, des accords conclus entre le Canada et les provinces prévoyaient l'«exclusion» de certains services. Les règlements de la *Loi canadienne sur la santé* concernant les services exclus des services hospitaliers auraient pour objet de maintenir les précédents établis et d'énumérer les services qui peuvent être fournis en milieu hospitalier, mais qui ne seraient pas considérés comme des services hospitaliers assurés.

En vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, il ne peut être établi de règlements concernant l'exclusion des services qu'avec l'accord de chaque province.

c) L'information

Le genre de renseignements dont le Ministre peut avoir besoin aux fins de la présente loi et les modalités de leur communication peuvent être fixés par règlement. Avant qu'un règlement ne puisse être adopté, le Ministre doit consulter ses homologues provinciaux responsables de

la santé. Seuls les Règlements concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs ont été promulgués jusqu'à présent.

d) La reconnaissance des contributions et montants versés par le Canada

Les modalités selon lesquelles les provinces doivent faire état des contributions et montants versés en vertu de la loi peuvent faire l'objet de règlements. Avant qu'un règlement ne puisse être adopté, le Ministre doit consulter ses homologues provinciaux responsables de la santé.

CONTRIBUTIONS ET VERSEMENTS DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

Accords fédéraux-provinciaux de financement dans le domaine de la santé

Le gouvernement fédéral contribue aux régimes provinciaux d'assurance-santé (services de santé assurés) conformément aux dispositions de la *Loi sur les arrangements fiscaux entre le gouvernement fédéral et les provinces et sur les contributions fédérales en matière d'enseignement postsecondaire et de santé*. En vertu de ladite loi, les provinces ont droit à une contribution fédérale égale par habitant, dans le domaine de la santé (539,49 $ par habitant en 1990-1991). Cette contribution augmente chaque année et est calculée d'après la moyenne mobile composée de trois ans du taux d'accroissement du produit national brut (PNB) nominal par habitant. Ce facteur d'indexation est appliqué à un montant de base égal à la moyenne nationale, par habitant, pour 1975-1976, des contributions fédérales versées aux régimes provinciaux d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux. On multiplie ensuite cette valeur par le nombre d'habitants de chaque province pour obtenir le montant de la contribution qui sera versée à la province.

Au cours des dernières années, des modifications ont été apportées au facteur d'indexation à cause des restrictions budgétaires fédérales. En 1986-1987, le taux de croissance du *Financement des programmes établis* (FPÉ) a été limité au taux de croissance déterminé par le facteur d'indexation, moins deux points de pourcentage. Le 20 février 1990, le budget fédéral a gelé les paiements de transfert par habitant pour les années 1990-1991 et 1991-1992 au niveau de 1989-1990. Cela signifie que, pour les années 1990-1991 et 1991-1992, le montant des paiements de transfert changera en fonction de la population de chaque province, soit une augmentation estimée à 1 p. 100 à l'échelle nationale. Le 26 février 1991, le budget a prolongé ce gel au niveau de 1989-1990 jusqu'en 1994-1995. À compter de 1995-1996, l'augmentation des contributions sera calculée en fonction du facteur d'indexation, moins trois points de pourcentage. Les augmentations seront toujours au moins égales au taux d'inflation.

Les contributions en matière de santé versées aux provinces consistent en un transfert en espèces et en un transfert fiscal égalisé. Pour soutenir les programmes d'enseignement postsecondaire et de santé, le gouvernement fédéral a transféré un total de 13,5 points d'impôt sur le revenu des particuliers et un point d'impôt sur le revenu des sociétés à toutes les provinces en vertu du FPÉ. En vertu de la Partie VII de la loi, le Québec a reçu un abattement spécial de 8,5 points supplémentaires d'impôt sur le revenu des particuliers qui découle de la *Loi sur les programmes établis (accords provisoires)*.

Pour déterminer les montants payables aux provinces pour les soins de santé, on établit d'abord la valeur totale du transfert d'impôt. Ensuite, ce transfert fiscal égalisé est déduit de la somme totale à laquelle chaque province a droit dans le domaine de la santé, au titre des services de santé assurés. La différence est versée à chaque province sous forme de contribution mensuelle en espèces, si le régime provincial satisfait aux critères et conditions énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé*.

Les provinces reçoivent également un montant égal par habitant pour les services complémentaires de santé. Ces services sont définis dans la *Loi canadienne sur la santé*. Ce montant, qui était établi à 20 $ par habitant en 1977-1978, est augmenté chaque année selon le même facteur de progression que celui utilisé pour les contributions en matière de santé. En 1990-1991, ce montant était de 51,62 $. Cette somme est payable aux provinces, pourvu qu'elles respectent les deux conditions énoncées dans la *Loi canadienne sur la santé*, concernant l'obligation pour le gouvernement de la province de communiquer des renseignements et de faire état des contributions.

Contributions et versements aux provinces

Les tableaux suivants indiquent les contributions fédérales auxquelles les provinces ont droit au titre de l'assurance-santé sous forme de paiements en espèces ou de transferts fiscaux, de même que la valeur réelle des contributions en espèces versées en 1990-1991.

Le tableau I est un relevé des droits pécuniaires aux provinces pour l'année financière 1990-1991. Ces données ne sont pas définitives, étant donné que l'information nécessaire pour effectuer les calculs finals ne sera pas disponible avant 1993.

Le tableau II indique la quote-part annuelle des provinces. Ces montants représentent les chiffres les plus récents pour les trois années précédentes pour lesquelles on ne dispose pas de données définitives.

Le tableau III indique les paiements totaux versés aux provinces au cours de l'année financière 1990-1991. Les montants représentent les transferts nets des droits en espèces versés aux provinces en 1990-1991 et les rajustements des années précédentes. Ces rajustements correspondent aux corrections provisoires apportées aux sommes versées aux provinces et dont le montant définitif ne sera établi que trois ans plus tard. Les différences sont payées en un ou plusieurs versements qui sont inclus dans les transferts mensuels en espèces versés dans le ou les mois qui suivent les calculs.

Droits pécuniaires aux provinces et territoires à l'égard des services de santé assurés et des services complémentaires de santé 1990-1991

(en milliers de dollars)

	Services de santé assurés			Services complémentaires de santé	Total des contributions
	Contributions au comptant	Transferts fiscaux	Total		
Terre-Neuve	134 356	145 198	279 554	29 576	309 130
Île-du-Prince-Édouard	30 576	33 043	63 619	6 731	70 350
Nouvelle-Écosse	209 059	225 933	434 992	46 020	481 012
Nouveau-Brunswick	169 739	183 436	353 175	37 364	390 539
Québec	838 462	2 460 663	3 299 125	349 033	3 648 158
Ontario	1 772 640	2 974 994	4 747 634	502 279	5 249 913
Manitoba	255 557	276 181	531 738	56 255	587 993
Saskatchewan	234 548	253 476	488 024	51 631	539 655
Alberta	597 913	607 047	1 204 960	127 479	1 332 439
Colombie-Britannique	736 492	791 394	1 527 886	161 644	1 689 530
Yukon	6 427	6 258	12 685	1 342	14 027
Territoires du Nord-Ouest	12 433	13 912	26 345	2 787	29 132
CANADA	4 998 202	7 971 535	12 969 737	1 372 141	14 341 878

Note : Les montants n'incluent pas les ajustements des années précédentes ou les déductions le cas échéant.

Ministère des Finances
Le 11 décembre 1990
Deuxième rajustement au calcul des avances

Tableau II

État des droits pécuniaires provinciaux et territoriaux annuels au titre des contributions fédérales aux services de santé

(en milliers de dollars)

	Droits pécuniaires pour 1987-1988 Résultat des calculs finals en date du 1er novembre 1990					Droits pécuniaires pour 1988-1989 Résultat du deuxième rajustement provisoire en date du 28 février 1991					Droits pécuniaires pour 1989-1990 Résultat du premier rajustement provisoire en date du 28 février 1991				
	Services assurés			Services complémentaires de santé	Contributions totales	Services assurés			Services complémentaires de santé	Contributions totales	Services assurés			Services complémentaires de santé	Contributions totales
	Comptant	Fiscaux	Total			Comptant	Fiscaux	Total			Comptant	Fiscaux	Total		
Terre-Neuve	138 223	114 275	252 498	26 713	279 211	140 549	123 789	264 338	27 966	292 304	141 498	137 080	278 578	29 472	308 050
Île-du-Prince-Édouard	30 973	25 607	56 580	5 986	62 566	31 752	27 966	59 718	6 318	66 036	32 214	31 210	63 424	6 710	70 134
Nouvelle-Écosse	213 623	176 613	390 236	41 285	431 521	217 913	191 932	409 845	43 360	453 205	219 532	212 679	432 211	45 726	477 937
Nouveau-Brunswick	173 307	143 282	316 589	33 494	350 083	176 500	155 456	331 956	35 120	367 076	178 075	172 514	350 589	37 091	387 680
Québec	1 018 960	1 911 189	2 930 149	309 997	3 240 146	1 023 676	2 062 501	3 086 177	326 504	3 412 681	975 755	2 289 170	3 264 925	345 415	3 610 340
Ontario	1 887 359	2 230 565	4 117 924	435 658	4 553 582	1 889 624	2 493 288	4 382 912	463 693	4 846 605	1 879 268	2 793 964	4 673 232	494 407	5 167 639
Manitoba	262 528	217 045	479 573	50 737	530 310	267 877	235 936	508 813	53 301	557 114	268 822	260 428	529 250	55 992	585 242
Saskatchewan	247 151	204 332	451 483	47 765	499 248	250 432	220 571	471 003	49 830	520 833	249 616	241 823	491 439	51 992	543 431
Alberta	576 899	479 894	1 056 793	118 804	1 168 597	597 117	512 983	1 110 100	117 444	1 227 544	624 960	557 167	1 182 127	125 064	1 307 191
Colombie-Britannique	727 892	572 154	1 300 046	137 539	1 437 585	744 588	640 399	1 384 987	146 526	1 531 513	754 199	735 437	1 489 636	157 597	1 647 233
Yukon	5 843	5 046	10 889	1 152	12 041	6 172	5 539	11 711	1 239	12 950	6 194	6 149	12 343	1 306	13 649
Territoires du Nord-Ouest	12 449	10 663	23 112	2 445	25 557	12 161	12 098	24 259	2 566	26 825	12 820	13 184	26 004	2 751	28 755
CANADA	5 295 207	6 090 665	11 385 872	1 204 575	12 590 447	5 358 361	6 682 458	12 040 819	1 273 867	13 314 686	5 342 953	7 450 805	12 793 758	1 353 523	14 147 281

Direction de l'assurance-santé
Direction générale des services et
de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada

Paiements au comptant effectués au titre des contributions aux programmes des soins de santé 1990-1991

(en milliers de dollars)

	Services de santé assurés	Services complémentaires de santé	Total des contributions
Terre-Neuve	128 448	29 713	158 161
Île-du-Prince-Édouard	29 295	6 730	36 025
Nouvelle-Écosse	199 463	45 922	245 385
Nouveau-Brunswick	162 352	37 437	199 789
Québec	841 178	351 004	1 192 182
Ontario	1 539 770	503 708	2 043 478
Manitoba	245 686	56 390	302 076
Saskatchewan	224 946	51 944	276 890
Alberta	576 264	126 667	702 931
Colombie-Britannique	692 747	161 616	854 363
Yukon	6 187	1 338	7 525
Territoires du Nord-Ouest	11 411	2 817	14 228
CANADA	4 657 747	1 375 286	6 033 033

Note : Les montants englobent les ajustements des années précédentes.

Direction de l'assurance-santé
Direction générale des services et de la promotion de la santé
Santé et bien-être social Canada

Dispositions concernant la surfacturation et les frais modérateurs

La *Loi canadienne sur la santé* stipule :

> *«que l'accès continu à des soins de santé de qualité, sans obstacle financier ou autre, sera déterminant pour la conservation et l'amélioration de la santé et du bien-être des Canadiens».*

Le principe d'accessibilité se reflète dans des dispositions précises de la loi conçues pour décourager la surfacturation et l'imposition de frais modérateurs.

La loi stipule qu'une province n'a droit, pour un exercice, à une pleine contribution pécuniaire à l'égard des services de santé assurés, que si, aux termes de son régime d'assurance-santé, elle ne permet pas le versement de montants pour des services qui ont fait l'objet d'une surfacturation. En outre, la province ne doit pas permettre l'imposition de frais modérateurs pour des services de santé assurés en vertu de son régime d'assurance-santé, sauf selon les modalités établies au paragraphe 19(2) ayant trait aux personnes souffrant de maladies chroniques et séjournant de façon plus ou moins permanente dans un hôpital ou un autre établissement. S'il est établi que la surfacturation, des frais modérateurs, ou les deux sont perçus dans une province, une somme doit être déduite de la contribution pécuniaire fédérale. Le montant déduit pour un exercice est celui que le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social détermine, d'après les renseignements fournis par la province conformément au Règlement sur l'information relative à la surfacturation et aux frais modérateurs. Le montant est égal au total des frais modérateurs imposés ou de la surfacturation effectuée. Lorsqu'une province ne fournit pas les renseignements requis par le Règlement, le montant déduit est celui que le Ministre estime perçu en frais modérateurs et surfacturation, conformément aux paragraphes 20(1) et 20(2) de la loi.

Les dispositions concernant les déductions obligatoires qui doivent être faites en cas de surfacturation et d'imposition de frais modérateurs sont entrées en vigueur le 1er juillet 1984. Les règles permettant au Ministre de déterminer le montant des déductions ont été promulguées en février 1986 sous le titre de Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs. Conformément à l'article 20 et au Règlement, le Ministre estime les montants de la surfacturation effectuée et des frais modérateurs imposés pour l'année financière et, le cas échéant, l'on se fonde sur ces estimations pour établir le montant des déductions. Ces montants sont déduits sur une période de 12 mois, et les avances mensuelles aux provinces sont rajustées en conséquence.

Le paragraphe 20(6) de la loi incitait les provinces à éliminer dès le début la surfacturation et les frais modérateurs. En effet, une province qui mettait fin à la surfacturation ou aux frais modérateurs dans les trois ans suivant l'entrée en vigueur de la loi, c'est-à-dire avant le 1er avril 1987, avait droit au remboursement du montant total des déductions effectuées.

Toutes les provinces où des frais aux usagers avaient cours ont effectivement établi ou révisé leurs lois, règlements ou pratiques de manière à se conformer aux conditions liées à la surfacturation et aux frais modérateurs à la date prescrite. En conséquence, les montants retenus ont été remboursés aux provinces selon les termes de la loi.

Loi canadienne sur la santé - Administration

La *Loi canadienne sur la santé* vise à garantir à tous les résidents du Canada l'accès aux soins de santé nécessaires et qui sont payés d'avance, en établissant les conditions et les critères auxquels doivent satisfaire les provinces et les territoires pour obtenir leur part intégrale des paiements de transfert au titre des services de santé.

Le ministre des Finances détermine le montant des transferts fédéraux auxquels les provinces ont droit au chapitre des programmes de soins de santé. Le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social est chargé de déterminer le montant de toute déduction ou retenue aux termes de la loi, y compris les déductions et retenues faites pour la surfacturation et les frais modérateurs.

Au nom du Ministre, la Direction de l'assurance-santé de la Direction générale des services et de la promotion de la santé du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social effectue les versements et s'assure de façon systématique que les conditions et critères énoncés dans la *Loi canadienne sur la santé* sont respectés. Ainsi, au cours de l'année qui nous intéresse, plusieurs situations portant à croire qu'il pouvait y avoir non-conformité à la loi ont été mises en évidence et les problèmes ont été résolus par la suite, alors que d'autres questions sont encore à l'étude. La Direction s'occupe aussi de consultation, d'analyse et d'administration dans le cadre de l'application de la loi.

En de rares circonstances, il arrive que des résidents du Canada ne puissent, bien malgré eux, être assurés. La Caisse supplémentaire d'assurance-santé, qui est alimentée par des contributions fédérales et provinciales et est également gérée par la Direction de l'assurance-santé, sert à verser les montants réclamés dans de tels cas. Durant l'année 1990-1991, aucun versement n'a été effectué. Le solde de clôture au 31 mars 1991 était de 28 386,44 $.

En plus d'être chargés de l'administration de la *Loi canadienne sur la santé*, les responsables de la Direction ont coordonné des activités et consulté leurs homologues provinciaux sur des questions liées à cette loi, par l'entremise de mécanismes tels que le Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement. Ce Comité permet la consultation et l'échange de renseignements entre les fonctionnaires; il regroupe des responsables des régimes provinciaux et territoriaux d'assurance-santé ainsi que des représentants du gouvernement fédéral.

Au cours de l'année financière 1990-1991, le Comité consultatif s'est réuni à deux reprises pour discuter de questions liées à la *Loi canadienne sur la santé*, telles que :

- une demande de la Conférence des sous-ministres de la Santé concernant l'examen de la question de l'assurance de la qualité et de l'efficacité des soins de santé;
- une étude portant sur les résultats des recherches dans le domaine du cancer du col utérin et la présentation d'une série de recommandations ayant trait aux mesures à prendre;
- un examen du coût croissant des produits du sang dans les budgets globaux des hôpitaux;
- le maintien de la surveillance de la mise en oeuvre de la Banque de données nationale sur les médecins; et
- l'examen des résultats des nouvelles modalités de soins et l'étude de leurs répercussions sur le système de santé.

Le Comité consultatif a continué de faire la liaison avec un certain nombre d'organisations nationales de la santé comme l'Association canadienne des hôpitaux, le Conseil canadien d'agrément des établissements de santé, l'Association canadienne de normalisation et le Groupe MIS.

Renseignements

Au chapitre de l'échange d'information, les ministres conviennent qu'il est préférable d'utiliser à pleine capacité les moyens existants et, au besoin, d'étoffer les systèmes d'échange mutuels. Le Règlement concernant les renseignements sur la surfacturation et les frais modérateurs a été promulgué par le Gouverneur en conseil. De plus, à la demande du ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, les états annuels sont fournis par les ministres provinciaux de la Santé. Ces états décrivent les opérations des régimes provinciaux en relation avec la *Loi canadienne sur la santé* et sont intégrés à ce rapport.

RÉGIMES D'ASSURANCE-SANTÉ PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX

INITIATIVES ET CHANGEMENTS

Nous présentons ci-dessous une liste de quelques faits nouveaux de l'année financière 1990-1991 :

Terre-Neuve :

- Les ministères de la Santé et des Services sociaux ont mis en oeuvre un projet pour la prestation de services de soins continus à l'échelle régionale. Ce projet sera mis en place sur une période de trois ans, à compter de l'année financière 1991-1992.

Île-du-Prince-Édouard :

- Le comité chargé d'étudier le rôle des hôpitaux, le *Hospital Roles Panel*, a publié son rapport (quatre volumes).

- En collaboration avec le *Isaak Walton Killam Hospital* à Halifax, on a mis en place un programme anti-poison.

- On a effectué une révision du système de références à l'extérieur de la province et de l'informatisation du processus de demandes de remboursement provenant de l'extérieur de la province.

Nouvelle-Écosse :

- Le rapport intitulé *«Health Strategy for the Nineties: Managing Better Health»* a été publié en novembre 1990 à la suite d'une analyse détaillée des recommandations de la Commission royale sur les soins de santé.

Nouveau-Brunswick :

- On a plafonné globalement le budget de l'assurance-maladie depuis le 1er juillet 1990. Cette démarche a pour but de maintenir les paiements à l'acte effectués aux médecins dans les limites du budget alloué. Si les dépenses étaient plus élevées que ce que prévoit le budget sur une base trimestrielle, il y aurait réduction de tous les paiements à l'acte selon un pourcentage déterminé d'après les dépenses encourues au cours des trois mois précédents.

- Le 1er juillet 1990, on a mis en oeuvre le programme de motivation-dissuasion dont le but est de rémunérer à l'acte à 110 p. 100 les nouveaux médecins (médecins généralistes ou spécialistes) qui s'établissent à l'extérieur des régions désignées (*i.e.* dans un rayon de 40 kilomètres à l'extérieur de Fredericton, Moncton et Saint-Jean) et à 75 p. 100, les nouveaux médecins généralistes qui s'établissent à l'intérieur des zones désignées susmentionnées. Les nouveaux spécialistes qui s'installent dans les zones nommées sont rémunérés à 100 p. 100.

- En 1990-1991, on a mis en place la facturation électronique (télétransmission) obligatoire entre les bureaux des médecins et le bureau de l'assurance-maladie. La date fixée pour la participation de tous les médecins est le 31 mars 1992.

Québec :

- Le ministre de la Santé et des Services sociaux a déposé à l'Assemblée nationale la réforme du système de la santé et des services sociaux. L'Assemblée nationale sera invitée à sanctionner les dispositions législatives qui permettront d'adopter les principales mesures et d'amorcer les changements les plus importants.

Ontario :

- On a terminé la compilation des données pour le sondage sur la santé en Ontario. Ce sondage sur la santé, une première dans cette province, a pour but de fournir aux autorités et planificateurs de la santé, et aux résidents une meilleure idée de l'état de la santé en Ontario et de la façon dont cet état peut être amélioré.

- Le ministère de la Santé en Ontario poursuit ses initiatives afin de mettre en place la nouvelle carte de santé de l'Ontario dont le numéro est unique et perpétuel pour tous les résidents de l'Ontario. Grâce à ce numéro, les autorités et planificateurs de la santé obtiendront des informations importantes au sujet de la distribution régionale des services de santé et d'autres besoins en matière de santé.

- Les négociations afin d'aider à définir une relation de travail plus constructive entre le ministère de la Santé de l'Ontario et l'Association médicale de l'Ontario et les médecins de la province continuent entre le ministère et l'Association.

Manitoba :

- On a établi le *Manitoba Health Services Development Fund* afin d'appuyer les projets dont les initiatives présentent un certain potentiel pour améliorer l'état de santé de la population, restreindre les coûts relevant du domaine de la santé, et dans des cas spécifiques, fournir de l'équipement médical là où le besoin s'en fait sentir. Le fond finance actuellement 19 projets totalisant approximativement 9,9 millions de dollars.

- Le *Health Advisory Network* a poursuivi sa révision des événements au Manitoba au cours de 1990-1991. Le Chef par intérim du comité coordonnateur est le docteur John Wade. En août 1991, on s'attend à ce que les rapports suivants des groupes de travail soient terminés : *Winnipeg Extended Treatment Bed Review, Health Services for the Elderly, Rural Health Services* et *Health Information Systems*.

Saskatchewan :

- La *Saskatchewan Commission on Directions in Health Care* a présenté en mai 1990 son rapport intitulé *«Future Directions for Health Care in Saskatchewan»* au premier ministre de la province.

- Deux projets-pilotes sur le dépistage du cancer du sein ont été mis sur pied en 1990 pour déterminer la meilleure stratégie afin d'offrir un programme à travers la province.

- En 1990-1991, on a fait parvenir un état de santé familiale à toutes les familles de la Saskatchewan. Cet état exposait toutes les dépenses annuelles occasionnées par les visites chez le médecin, le chiropraticien et l'optométriste et celles reliées aux hôpitaux, aux médicaments par ordonnance et aux services offerts dans les centres d'accueil.

Alberta :

- En 1990, l'Alberta a proclamé une nouvelle loi sur la santé mentale. Cette loi a pour but d'accroître les droits des patients psychiatriques non volontaires en offrant une protection aux patients et à la societé. Par une des dispositions de cette nouvelle loi, l'Alberta devient la première province à créer une législation spécifique permettant la nomination d'un conseiller pour le patient atteint d'une maladie mentale. Le conseiller, qui a été nommé, aura pour rôle d'aider à protéger les droits individuels des patients (non volontaires) désignés atteints d'une maladie mentale.

- Une campagne publicitaire majeure intitulée «*Facing AIDS*» a été lancée en 1990. Cette campagne a été mise sur pied afin de sensibiliser davantage le grand public et de lui permettre de mieux comprendre l'infection VIH et le sida. En plus des chroniques télévisées, il y a eu des affiches et des annonces des médias électroniques.

Colombie-Britannique :

- La mise en place du *Community Partnership Program - Continuing Care* (CPP-CC) est une initiative majeure de la division des soins continus. Ce nouveau programme a été établi afin de promouvoir la participation de la communauté à la planification et la prestation des projets communautaires qui fournissent des services non couverts aux termes des lignes directrices existantes et qui aident les clients de la division des soins continus. Ce programme promouvoit les projets qui répondent aux besoins importants surtout au sein des communautés rurales et isolées.

- Le ministère de la Santé, de concert avec le ministère de l'Éducation, a mis sur pied le *In School Support for Special Needs Students Program*. Ce programme représente la première ébauche du *Interministerial Protocols for the Provision of Support Services to Schools*. Au cours de 1990-1991, on a commencé les évaluations reliées aux soins de santé et l'élaboration des plans de soins de santé individuels pour 1 012 élèves ayant des besoins spéciaux. On prévoit l'introduction du programme à travers la province au cours de la prochaine année financière.

Yukon :

- La mise en oeuvre de la *Health Act* :

  - On a publié au printemps 1991 le rapport *Health Status Assessment*. Des mises à jour seront préparées annuellement.

  - On a mis en place le *Health Investment fund* dans le but de fournir une aide financière à des activités de promotion de la santé à l'échelle communautaire.

- Transfert dans le domaine de la santé :

  - Les gouvernements fédéral et du Yukon ainsi que le *Council for Yukon Indians* ont signé le *Framework Agreement* dans le but de transférer la responsabilité du *Whitehorse General Hospital* du gouvernement fédéral à la *Yukon Hospital Corporation*.

- Déplacements pour soins médicaux :

  - En décembre 1990, le Yukon a mis en place une nouvelle politique dont une des dispositions est de fournir des subventions pour les repas et le logement aux patients qui doivent se rendre à un centre médical pour recevoir des traitements. Cette politique prévoit également une subvention de déplacement pour les parents qui voyagent avec des enfants dont la maladie est en phase terminale.

Territoires du Nord-Ouest :

- Le ministère de la Santé a publié un rapport intitulé *Health and Health Services in the NWT*. Il s'agit de la compilation et de la mise à jour de matériel accumulé entre avril 1974 et le 31 mars 1990. Le but de ce rapport est de fournir une base sur laquelle on pourra concevoir et promouvoir des politiques publiques de santé.

TERRE-NEUVE

GESTION PUBLIQUE

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation est géré par une division du ministère de la Santé de la province.

Le régime de soins médicaux est géré par la *Newfoundland Medical Care Commission*, organisme public mis en place par le gouvernement provincial et relevant du ministre de la Santé. Les deux régimes sont gérés sans but lucratif et toutes les opérations financières sont vérifiées par le Vérificateur général de la province.

INTÉGRALITÉ

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services assurés fournis par les hôpitaux comprennent les services aux malades hospitalisés et les services de consultation externe. Les services aux malades hospitalisés englobent l'hospitalisation en salle commune et tous les services nécessaires comme : l'hébergement et les repas selon le régime standard ou de salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques, y compris les isotopes radioactifs; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les fournitures chirurgicales courantes; et l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie là où elles existent.

Les services de consultation externe englobent : les services de laboratoire et de radiologie, y compris les isotopes radioactifs; les électroencéphalogrammes; les cardiogrammes et la détermination du métabolisme basal; l'usage des installations de physiothérapie et de radiothérapie, y compris les isotopes radioactifs, là où c'est possible; la consultation externe et les visites d'urgence; les salles d'opération, y compris les fournitures, les plâtres, les médicaments, ainsi que les fournitures médicales et chirurgicales disponibles à l'hôpital.

Les services hospitaliers non couverts par le régime comprennent : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la chirurgie esthétique et les autres services jugés non nécessaires du point de vue médical; le transport par ambulance ou autre avant l'admission et après le congé; les services infirmiers privés (dispositions prises par le patient, en sus des services requis fournis par l'hôpital); les radiographies ou autres services requis pour des raisons non médicales servant aux fins de l'emploi ou de l'assurance; les médicaments et les appareils prescrits pour usage à domicile après le départ de l'hôpital; les commodités personnelles, dont le téléphone, la télévision et la radio à moins qu'ils ne soient utilisés aux fins d'enseignement; les éclisses en fibre de verre; les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* ou de toute autre loi fédérale ou provinciale; et les services liés aux avortements thérapeutiques pratiqués hors du Canada.

Le ministère de la Santé gère l'*Emergency Air Ambulance Program* pour le transport d'urgence des patients et des médecins, du sang, des incubateurs et autres fournitures et matériel médicaux vers des régions éloignées afin de permettre la tenue de séances de consultation. Le *Ground Emergency Ambulance Program* vise à favoriser l'accès des résidents à des services ambulanciers à un prix raisonnable. Dans les deux cas, les usagers sont tenus de payer des frais de participation.

Tous les résidents de Terre-Neuve et du Labrador qui ont été recommandés à un centre médical approuvé pour subir un traitement qui n'est pas disponible dans la région ou la province où ils demeurent ont droit à l'aide financière en vertu du *Non-Emergency Medical Transportation Assistance Program*.

Tous les résidents de Terre-Neuve et du Labrador qui sont envoyés par un médecin spécialiste pour une greffe d'organe ou de moelle osseuse dans un centre médical canadien approuvé ont droit à l'aide financière en vertu du *Transplant Non-Emergency Medical Transportation Assistance Program*.

Régime de soins médicaux

Les services assurés regroupent une vaste gamme de services dispensés pour des raisons médicales par des médecins généralistes et spécialistes : les consultations au cabinet, à l'hôpital ou à la maison; le diagnostic et le traitement des maladies et des blessures; les soins et les traitements relatifs à des opérations, dont l'anesthésie et les services de radiologie. Les services dentaires assurés en vertu du régime sont ceux qui doivent être pratiqués à l'hôpital sous anesthésie générale.

Les services suivants ne sont pas couverts par le régime : la distribution, par un médecin, de médicaments, de produits pharmaceutiques ou d'appareils médicaux et la délivrance d'ordonnances; les examens comme ceux requis pour l'embauche ou l'assurance et non requis pour des raisons de maladie; la chirurgie esthétique; l'acupuncture; les lunettes; les médicaments et les vaccins; le coût du matériel; les services dispensés par des praticiens tels que les chiropraticiens, les podiatres, les ostéopathes, les denturologistes, les psychologues, les physiothérapeutes, les audiologistes et le personnel paramédical; les services ambulanciers et les autres modes de transport des malades; les comparutions en cour; tout service dispensé par un médecin à son conjoint et à ses enfants; le temps ou les frais de déplacement requis pour visiter un bénéficiaire; le rétablissement de la fécondité; la fécondation *in vitro*; les vaccinations avant un voyage; la préparation de dossiers, de rapports et de certificats ou les conseils donnés par téléphone; ainsi que les services assurés en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* ou d'une autre loi fédérale ou provinciale.

En plus des services de santé assurés de base, le régime prévoit également la prestation de services optométriques limités ainsi qu'un programme de soins dentaires pour les enfants comprenant certains groupes de clients particuliers.

Le ministère provincial de la Santé prend en charge une partie des coûts des médicaments pour tous les résidents de plus de 65 ans qui reçoivent le Supplément de revenu garanti du gouvernement fédéral et qui sont inscrits au programme de la Sécurité de la vieillesse.

UNIVERSALITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Tous les résidents assurés de la province bénéficient des deux régimes, à l'exception des membres permanents des Forces armées canadiennes, des membres de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux. Aucune prime n'est exigée. Cependant, il faut s'inscrire au régime de soins médicaux et être en possession d'une carte valide pour avoir accès aux services assurés.

TRANSFÉRABILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Les bénéficiaires qui déménagent d'une autre province ou d'un territoire à Terre-Neuve ont droit à la protection du régime à compter du premier jour du troisième mois qui suit le mois de leur arrivée, tandis que les personnes qui arrivent de l'étranger pour s'établir à Terre-Neuve, de même que les membres libérés des Forces armées canadiennes, de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus libérés des pénitenciers fédéraux, ont droit à la protection du régime à compter du jour de leur arrivée. Toutefois, l'inscription au régime de soins médicaux est exigée aux fins de couverture.

Les personnes absentes temporairement de la province peuvent bénéficier d'un prolongement de 12 mois, à condition de fournir une preuve suffisante de leur intention de revenir.

Une personne peut prendre jusqu'à huit mois de vacances annuelles pourvu qu'elle demeure dans la province pendant quatre mois de l'année.

Paiement des services dispensés au Canada

Les services hospitaliers dispensés dans d'autres provinces ou dans les territoires sont remboursés en vertu de la *« facturation réciproque »*, entente passée entre les provinces et les territoires. Les coûts d'hospitalisation sont payés aux taux approuvés par la province ou le territoire d'accueil et les coûts des consultations externes sont payés aux taux interprovinciaux ou interterritoriaux approuvés.

À l'exception du Québec, le paiement des services médicaux assurés fournis dans toute autre province ou territoire est effectué en vertu d'une entente de «facturation réciproque» au taux de la province d'accueil. Les demandes d'indemnités du Québec sont également remboursées au taux de la province ou du territoire d'accueil, mais le patient les présente directement à la *Newfoundland Medical Care Commission* sans tenir compte de l'entente de «facturation réciproque».

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services hospitaliers sont remboursés aux taux ordinairement facturés à condition qu'ils soient considérés raisonnables. Le remboursement se fait directement aux fournisseurs des services ou aux patients, sur preuve de paiement.

Les services de médecin sont payés au taux en vigueur à Terre-Neuve. Si le service n'est offert nulle part au Canada, la *Newfoundland Medical Care Commission* détermine le taux de paiement.

L'indemnisation pour l'hospitalisation et les services de soins médicaux est la même, qu'il s'agisse de soins d'urgence ou non.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les résidents assurés qui déménagent en vue de s'établir en permanence ailleurs au Canada bénéficient du régime jusqu'au dernier jour (inclusivement) du deuxième mois qui suit le mois de leur arrivée dans leur nouveau lieu de résidence. La protection est immédiatement interrompue dans le cas de résidents de la province qui élisent domicile dans un autre pays.

ACCESSIBILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Il n'y a aucuns frais de coassurance pour les services hospitaliers ni de surfacturation par les médecins de la province. Le nombre total de lits dotés en personnel et utilisés se chiffre à 3 415, et il y a eu 894 421 jours-patients durant l'année financière.

Un plan d'incitation a été mis en place pour attirer les médecins dans les régions éloignées et augmenter le nombre de médecins spécialistes. Durant l'année financière 1990-1991, le régime de soins médicaux a versé 364 543 $ en vertu du *Guaranteed Incentive Program*, qui comprenait un contrat passé avec les médecins de la région frontalière Labrador-Blanc Sablon.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux de Terre-Neuve sont remboursés conformément au budget d'exploitation approuvé par la *Hospital Services Division*. Environ un douzième du budget d'exploitation annuel est avancé aux hôpitaux chaque mois, avec un règlement final après la fin de l'année. Les déficits ne sont pas remboursés, mais les hôpitaux peuvent retenir une portion de tout surplus en vertu d'un régime d'incitation financière. En 1990-1991, le régime provincial a versé 460 473 800 $ aux hôpitaux publics de Terre-Neuve. Les paiements pour les services hospitaliers à l'extérieur de la province se sont élevés à 17 302 500 $.

Mode de paiement des soins médicaux

Les médecins sont rémunérés en vertu du barème d'honoraires de la *Newfoundland Medical Care Commission*.

Rémunération raisonnable

Les tarifs sont négociés de temps à autre entre la *Medical Care Commission* du gouvernement provincial et la *Newfoundland Medical Association*.

Au cours de 1990-1991, le gouvernement provincial a versé près de 121 897 112 $ aux médecins de la province. Ce montant comprend des salaires de l'ordre de 22 670 000 $ dont les fonds provenaient, au cours des dernières années, des budgets des hôpitaux. Pour des services fournis par des médecins de l'extérieur de la province la Commission a payé environ 3 128 776 $.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

Le ministère provincial de la Santé offre des soins intermédiaires en centre d'accueil, des soins aux adultes en établissement et des soins à domicile par l'intermédiaire de divers établissements et programmes. Le ministère des Services sociaux assure également des services de soins et de maintien à domicile par l'entremise des programmes d'aide sociale. Parmi les programmes mentionnons : les centres d'accueil, les établissements de soins personnels surveillés, le service d'évaluation gériatrique, les soins prolongés, les soins régionaux de longue durée, les soins à domicile, le maintien à domicile et le développement communautaire.

Depuis quelques années déjà, un programme a été mis sur pied permettant l'évaluation et le placement des patients dans des établissements de soins prolongés. Ces établissements sont situés à St. John's et dans la région de Eastern Avalon, et il existe une section de soins prolongés au *General Hospital* à St. John's. Le *Gander and District Continuing Care Program* se charge des formalités d'évaluation et de placement des patients de la région centrale de la province afin de faciliter l'accessibilité en temps opportun des patients qui le requièrent aux services de soins de longue durée (soins à domicile ou placement en établissement). La province poursuit ses efforts en vue d'étendre ce programme à d'autres régions de la province.

À l'heure actuelle, les ministères provinciaux de la Santé et des Services sociaux travaillent en collaboration à la planification et à l'évaluation des services de façon à en arriver à un système global de prestation des services de soins de longue durée mieux coordonné. Les mécanismes de coordination de l'évaluation, des placements et de la prestation des services continueront à prendre de l'ampleur à l'échelle régionale.

ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

GESTION PUBLIQUE

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Les deux régimes sont gérés sans but lucratif par la *Hospital and Health Services Commission.* La Commission relève de la législature provinciale et le Vérificateur général de la province vérifie annuellement les comptes et les opérations financières.

INTÉGRALITÉ

Régime d'assurance-hospitalisation

Le régime d'assurance-hospitalisation de l'Île-du-Prince-Édouard assure les services hospitaliers définis à l'article 2 de la *Loi canadienne sur la santé*, notamment l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; et l'usage des services de radiothérapie et de physiothérapie là où ils existent.

Les services hospitaliers suivants sont déclarés non assurés : les radiographies pulmonaires au moment de l'admission à l'hôpital; les examens sérologiques de la syphilis; les commodités personnelles, comme le téléphone et la télévision; les soins infirmiers particuliers ou spéciaux à la demande du patient ou de sa famille; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; les services hospitaliers entourant la chirurgie strictement esthétique; et les médicaments, les produits biologiques, les prothèses et les orthèses utilisées par un malade hospitalisé ou un patient externe après le congé de l'hôpital.

Régime de soins médicaux

Le régime de soins médicaux couvre tous les services de médecin et de chirurgie dentaire nécessaires (par exemple, extraction chirurgicale de dents incluses, résection de racines, etc.) fournis aux assurés.

Les services suivants ne sont pas assurés : les services auxquels donnent droit d'autres lois provinciales ou fédérales; les frais de déplacement, à moins qu'ils ne soient approuvés par la Commission; les conseils ou les ordonnances délivrés par téléphone, sauf dans le cas de surveillance d'un traitement anticoagulant; les examens requis en rapport avec l'emploi, l'assurance, l'éducation, etc.; les examens, les immunisations ou les inoculations de groupe, à moins que la Commission ne les ait préalablement autorisés; la préparation de dossiers, de rapports, de certificats ou de communications, sauf s'il s'agit d'un certificat d'internement dans un établissement psychiatrique ou de désintoxication; le témoignage en cour; la chirurgie esthétique, à moins qu'elle ne soit requise pour des raisons médicales; les services dentaires autres que les actes inclus dans les services de santé de base; les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et autre matériel apparenté; les lunettes et les appareils spéciaux; la physiothérapie, la chiropractie, la podiatrie, l'optométrie, la chiropodie, l'ostéopathie, la psychologie, la naturopathie, l'audiologie, l'acupuncture et autres traitements similaires; le rétablissement de la fertilité; la fécondation *in vitro* (partiellement couverte); les services fournis par un remplaçant lorsque le médecin traitant est absent ou n'est pas disponible; les services fournis par un médecin aux membres de sa famille immédiate, à moins qu'ils ne soient autorisés par la Commission; les services de laboratoire et de radiologie fournis en vertu de la *Loi sur*

l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques de la province; et tout autre service que la Commission peut, sur recommandation du Conseil consultatif médical, déclarer non assuré.

En plus des services de santé assurés de base, la province offre également les services suivants : un programme de services ambulanciers subventionnés dans le cadre duquel des subventions sont accordées aux exploitants de services ambulanciers afin de réduire les frais à assumer par les résidents de la province; les soins dentaires courants pour les enfants; et un régime d'aide pour l'achat de médicaments pour les personnes âgées et certains groupes.

UNIVERSALITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Toute personne qui habite en permanence à l'Île-du-Prince-Édouard, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes (membres réguliers) et de la Gendarmerie royale du Canada, qui est inscrite aux régimes et qui a fourni à la Commission tous les renseignements requis, est admissible à la protection des régimes. L'admissibilité est fondée sur l'état de résidence permanente à l'Île-du-Prince-Édouard et le respect de l'Entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité. Aucune prime n'est exigée.

TRANSFÉRABILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Toute personne s'inscrivant aux services assurés en vertu des régimes y devient admissible le premier jour du troisième mois qui suit la date où elle a élu domicile.

À condition qu'ils s'inscrivent conformément au règlement, les immigrants reçus, les Canadiens rapatriés, les Canadiens qui reviennent au pays, les immigrants reçus qui reviennent au pays, les citoyens canadiens ou les conjoints des citoyens canadiens qui élisent domicile au Canada pour la première fois, les détenteurs de permis de travail émis en vertu de la *Loi sur l'immigration (Canada)* ainsi que les membres libérés des Forces armées canadiennes, de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers fédéraux ont droit à la protection du régime une fois que la date d'établissement de la résidence est fixée.

Les personnes qui sont temporairement absentes de la province ont la possibilité de se voir accorder une prolongation de 12 mois de couverture. Les étudiants doivent retourner dans la province au moins une fois durant une période de 12 mois. Les absences régulières de moins de six mois par année sont permises pourvu que la résidence permanente ne change pas.

Paiement des services dispensés au Canada

Tous les bénéficiaires temporairement absents de la province, mais encore au Canada, verront leurs réclamations acceptées aux taux applicables dans la province ou le territoire où les services ont été dispensés (province ou territoire d'accueil), à condition que les services rendus soient conformes à ce que prévoient les règlements relatifs à la nécessité médicale.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Lorsqu'un résident de l'Île-du-Prince-Édouard est dirigé à l'étranger pour recevoir des services hospitaliers disponibles dans la province, le paiement est fait au taux établi par la Commission, mais ne doit pas excéder le *per diem* le plus élevé facturé par les hôpitaux de l'Île-du-Prince-Édouard.

Lorsqu'un résident est dirigé à l'étranger pour des services hospitaliers non disponibles à l'Île-du-Prince-Édouard mais offerts par d'autres provinces ou territoires, le paiement est fait au taux établi par la Commission, mais ne doit pas dépasser le *per diem* du *Victoria General Hospital* d'Halifax (Nouvelle-Écosse).

Lorsqu'un résident est dirigé à l'extérieur du Canada pour des soins d'hospitalisation non disponibles à l'Île-du-Prince-Édouard, dans une autre province ou dans un territoire du Canada, le paiement est fait à un taux qui ne doit pas dépasser le montant total payable pour ces services, y compris le logement, la pension et les services hospitaliers nécessaires du point de vue médical.

Lorsqu'un résident est dirigé à l'extérieur du Canada pour des services de consultation externe qui ne sont pas disponibles à l'Île-du-Prince-Édouard, dans une autre province ou dans un territoire du Canada, le paiement est fait à 100 p. 100 des frais hospitaliers approuvés.

Dans le cas d'un résident temporairement absent de la province qui, à la suite d'une maladie subite ou d'un accident, est admis dans un hôpital à l'étranger, le paiement est fait à un taux qui ne doit pas excéder 100 $ par jour pour l'hébergement et la pension en salle commune, plus 75 p. 100 du solde du compte payable pour les services assurés. Les services de consultation externe fournis dans les mêmes conditions sont remboursés à un taux de 75 p. 100 des frais hospitaliers approuvés.

Les services assurés sont remboursés au tarif établi par la Commission lorsque celle-ci considère qu'ils sont disponibles au Canada et qu'ils sont requis à la suite d'une maladie subite ou d'un accident, ou encore qu'ils sont approuvés par la Commission. La Commission peut fixer le taux auquel les services assurés seront payés lorsque ceux-ci ne sont pas disponibles au Canada et que l'approbation de la Commission a été demandée à l'avance. Les services non urgents doivent être autorisés au préalable par la Commission.

Les paiements pour tous les services hospitaliers et les soins médicaux assurés qui sont dispensés à l'étranger seront faits en dollars canadiens, sauf lorsque de tels services n'existent pas au Canada.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les résidents bénéficient de la protection intégrale du régime durant la période d'attente interprovinciale convenue. Les résidents qui déménagent en permanence à l'étranger bénéficient de tous les avantages du régime jusqu'au jour de leur départ du Canada.

ACCESSIBILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Les deux régimes prévoient les services assurés dans des conditions uniformes, d'une façon qui ne gêne ni n'empêche l'accès raisonnable des bénéficiaires à ces services. Il n'y a pas de frais de coassurance pour les services hospitaliers ni de surfacturation par les médecins de la province.

En 1990-1991, il y avait sept hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë dans la province, totalisant 694* lits. Il y a eu 25 502* admissions durant l'année financière et le nombre de jours-patients s'est élevé à 193 352*.

Paiements aux hôpitaux

La Commission établit le budget annuel d'exploitation de chaque hôpital et effectue les paiements essentiellement aux deux semaines. Les dépenses non prévues au budget font l'objet d'un ajustement par révision du budget au cours de l'année ou bien sont examinées en vue de leur approbation après réception des états financiers vérifiés de l'hôpital.

Au cours de l'année financière 1990-1991, les hôpitaux de la province ont reçu un montant évalué à 75 264 000 $ pour les frais d'immobilisation et d'exploitation. Un montant estimatif de 1 308 000 $ a aussi été versé pour d'autres services tels les services d'ambulance et de transfusion sanguine. La Commission a payé un montant évalué à 10 724 000 $ pour les services hospitaliers dispensés hors de la province.

Mode de paiement des soins médicaux

Les praticiens présentent une demande de règlement à la Commission, avec toute l'information requise pour la justifier, suivant les modalités du barème des honoraires. Ils doivent le faire, dans les six mois qui suivent la date de la prestation de service. Si la demande est conforme à la loi provinciale, le paiement est fait au médecin toutes les deux semaines.

Rémunération raisonnable

Les négociations avec la *Medical Society of Prince Edward Island* et la *Dental Association* ont donné lieu à des ententes signées concernant les tarifs des services assurés aux bénéficiaires, pour la période allant du 1er avril 1990 au 31 mars 1993.

Au cours de 1990-1991, la Commission a versé un montant évalué à près de 26,4 millions de dollars aux médecins de la province alors que le montant des services médicaux hors de la province s'élevait à près de 2,3 millions de dollars.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

Les services complémentaires de santé sont fournis principalement par l'intermédiaire de deux divisions au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux, la *Division of Aging and Extended Care* et la *Division of Home Care and Support*. Les soins aux adultes en établissement et les services de soins intermédiaires en centre d'accueil sont dispensés principalement dans les résidences gérées par le gouvernement provincial et les centres d'accueil privés qui détiennent un permis. Le gouvernement provincial finance, si nécessaire, plus de 80 p. 100 des lits dans ces établissements. Les fonds sont accordés en fonction de l'urgence des besoins évalués sur les plans fonctionnel et financier.

En vertu de la *Community Care Facilities and Nursing Home Act* de 1988, une Commission, relevant du ministre de la Santé et des Services sociaux, est maintenant responsable de l'agrément des centres d'accueil privés. La *Division of Aging and Extended Care* (qui gère les centres d'accueil publics)

*Les nouveau-nés sont exclus.

assume également la responsabilité de fournir du personnel à la Commission, d'effectuer les inspections et d'évaluer les clients afin de déterminer s'ils reçoivent les soins appropriés. Ce même processus d'évaluation est maintenant utilisé pour les clients qui reçoivent différents niveaux de soins dans tous les établissements de soins prolongés de la province.

La *Division of Home Care and Support*, au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux, coordonne et fournit des services sélectionnés de santé et sociaux par l'entremise de cinq bureaux régionaux. Les services offerts sont les suivants : soins infirmiers à domicile, physiothérapie, aides familiales, protection des adultes, ergothérapie et aide communautaire et coordination. Les services sont disponibles à tous les groupes d'âge, mais ils sont utilisés principalement par les personnes âgées (75 p. 100).

En outre, le ministère de la Santé et des Services sociaux assume entièrement ou en grande partie le coût de certains médicaments pour certains groupes de clients (personnes âgées, diabétiques, patients demeurant dans des résidences ou des centres d'accueil, etc.). Il entend ainsi favoriser le respect des ordonnances ou réduire le fardeau financier de ces personnes.

La *Division of Aging and Extended Care* a terminé une étude portant sur l'incidence du vieillissement de la population sur les programmes du gouvernement au cours de la prochaine décennie. L'accent est mis sur les centres d'accueil publics et privés, les établissements de soins communautaires, les hôpitaux, les programmes de soins et de maintien à domicile et les nouveaux modes de vie communautaires.

NOUVELLE-ÉCOSSE

GESTION PUBLIQUE

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation est géré par le ministère de la Santé et du Conditionnement physique.

Le régime de soins médicaux est administré et géré sans but lucratif par une autorité formée de la *Health Services and Insurance Commission* et de la *Corporation Maritime Medical Care Incorporated*. La Corporation est l'agent administratif et financier de la province pour le programme de soins médicaux. En vertu de la loi provinciale, la Commission est responsable devant le Ministre. Pour chaque année financière, la Corporation doit préparer, à l'intention du Ministre, un rapport de ses comptes et activités concernant le régime. Les livres, dossiers et comptes de la Commission et de la Corporation doivent porter sur leurs tâches, fonctions et responsabilités en vertu de la loi provinciale.

Le Vérificateur général de la Nouvelle-Écosse effectue une vérification annuelle de tous les registres et livres comptables du ministère de la Santé et du Conditionnement physique, de la Commission et de la Corporation concernant les deux régimes.

INTÉGRALITÉ

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services aux malades hospitalisés comprennent : l'hébergement et les repas en salle commune; tous les services infirmiers nécessaires; tous les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, d'accouchement et des installations d'anesthésie; l'utilisation des services de radiothérapie et de physiothérapie là où ils existent; et les transfusions et les fractions plasmatiques à des fins thérapeutiques.

Les services de consultation externe comprennent : les épreuves de laboratoire et les examens radiologiques; les épreuves diagnostiques à l'aide d'isotopes radioactifs; les électro-encéphalographies; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie lorsqu'il en existe; les soins infirmiers nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; le sang ou les fractions plasmatiques à des fins thérapeutiques; les services hospitaliers pour la plupart des interventions médicales et chirurgicales mineures; les soins de jour aux diabétiques; l'hémodialyse; les services, autres que les services médicaux, dispensés par la *Nova Scotia Hearing and Speech Clinic* et la *Cancer Treatment and Research Foundation of Nova Scotia* dans leurs locaux; les services d'échographie diagnostique; la nutrition parentérale à domicile; la radiothérapie pour les affections non malignes; la dialyse péritonéale ambulatoire continue; ainsi que la fourniture de matériel pour le traitement de l'enthromélalgie et l'entretien de ce matériel.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; le téléphone; la télévision; les médicaments et produits biologiques prescrits après le congé de l'hôpital; la chirurgie esthétique; les interventions visant le rétablissement de la fécondité; la chirurgie transsexuelle; la fécondation *in vitro*; et les interventions pratiquées dans le cadre d'essais cliniques.

Régime de soins médicaux

Les services assurés sont tous les services dispensés par les médecins et requis d'un point de vue médical ou considérés comme tels par la Commission. Certains traitements de chirurgie dentaire considérés d'un point de vue médical comme devant être pratiqués à l'hôpital sont également assurés. Ce sont, notamment, l'extraction chirurgicale des dents et la dénudation d'une dent en vue d'un traitement d'orthodontie.

Les services non assurés sont les suivants : les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Loi sur les accidents de travail* ou de toute autre loi fédérale ou provinciale; les frais de déplacement ou de délais; les conseils ou les ordonnances par téléphone; les examens requis par un tiers; les immunisations ou inoculations de groupe, à moins qu'elles ne soient approuvées par la Commission; la préparation de certificats ou de rapports; le témoignage en cour; les services de laboratoire ou de radiologie diagnostique dispensés en Nouvelle-Écosse; les services associés à l'électrocardiographie, l'électromyographie et l'électro-encéphalographie, à moins que le médecin ne soit un spécialiste dans le domaine en question; la chirurgie esthétique; l'acupuncture; l'inversion de la ligature des trompes ou de la vasectomie; et la fécondation *in vitro*.

Outre les services de santé assurés de base, la Commission offre également les services suivants : les examens de la vue par des optométristes; les médicaments d'ordonnance pour les personnes âgées; un régime d'assurance-médicaments pour les personnes qui souffrent de certaines maladies chroniques; un programme de soins dentaires pour les enfants; les services de prothèses, y compris la couverture pour les prothèses mammaires; et un programme de services ambulanciers subventionnés.

UNIVERSALITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

En vertu de la Loi, tous les résidents de la province ont droit aux services hospitaliers assurés dispensés par les hôpitaux, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux. De plus, les résidents sont assurés du remboursement des services médicaux assurés aux tarifs établis, selon des modalités uniformes. Cette disposition protège 100 p. 100 des résidents de la province. On définit le résident comme toute personne légalement autorisée à demeurer au Canada, qui habite et vit habituellement en Nouvelle-Écosse, à l'exception des touristes, des personnes de passage ou des visiteurs de la province. L'admissibilité au régime pour les résidents ne dépend pas d'une inscription préalable. Aucune prime n'est exigée.

TRANSFÉRABILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Les personnes des autres provinces du Canada qui s'établissent de façon permanente en Nouvelle-Écosse ont droit aux services de santé assurés par les régimes à compter du premier jour du troisième mois qui suit leur établissement dans la province. Cette disposition est conforme aux exigences de l'entente sur l'admissibilité et la transférabilité.

Certaines catégories de résidents deviennent bénéficiaires dès le premier jour, notamment les immigrants reçus, les militaires qui retournent à la vie civile, les membres libérés de la Gendarmerie

royale du Canada, les détenus libérés des pénitenciers fédéraux et les Canadiens qui rentrent au pays. La couverture à titre rétroactif est également accordée dès le premier jour aux non-Canadiens qui ont un permis de travail leur permettant de résider dans la province pour une période de 12 mois ou plus.

Les personnes qui sont temporairement absentes de la province ont la possibilité de se voir accorder une extension de couverture. Les étudiants qui résident habituellement en Nouvelle-Écosse et qui étudient à temps complet dans une école à l'extérieur de la province sont couverts pourvu qu'ils reviennent dans la province au moins une fois tous les 12 mois.

Une personne peut prendre des vacances de moins de six mois par an, pourvu qu'elle maintienne sa résidence permanente en Nouvelle-Écosse.

Paiement des services dispensés au Canada

La Nouvelle-Écosse respecte l'entente sur la facturation réciproque. Les services hospitaliers sont payés au taux du *per diem* de l'hôpital d'accueil et les soins médicaux dispensés ailleurs au Canada sont payés au tarif en vigueur dans la province où ils sont fournis. Quant aux soins médicaux, le patient peut payer lui-même le médecin et se faire ensuite rembourser par le régime ou laisser au médecin la responsabilité de faire lui-même la demande.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Sous le régime de l'assurance-hospitalisation, les services dispensés aux bénéficiaires dirigés à l'étranger et préalablement approuvés, ou les traitements à la suite d'un accident ou d'une urgence, sont payés au tarif en vigueur en Nouvelle-Écosse. Les assurés peuvent payer eux-mêmes les frais des services hospitaliers et obtenir ensuite le remboursement du montant assuré par le régime, ou ils peuvent prendre des mesures pour que le montant des frais assurés soit acquitté directement à l'hôpital concerné. Les services facultatifs ne sont pas assurés, sauf dans des circonstances spéciales. Les coûts des services offerts à la clinique externe d'un établissement à l'étranger ne sont pas couverts.

Sous le régime de soins médicaux, les services dispensés aux personnes dirigées à l'étranger ou traitées à la suite d'un accident ou d'une urgence sont payés au tarif en vigueur en Nouvelle-Écosse plus 75 p. 100 du solde des frais. Les services facultatifs sont payés au tarif en vigueur en Nouvelle-Écosse. Une approbation préalable peut être exigée pour le remboursement des coûts des services facultatifs obtenus à l'extérieur de la province.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les bénéficiaires qui vont s'établir en permanence dans une autre province ont droit aux services assurés pendant les trois mois qui suivent leur départ, période à laquelle on ajoute un temps raisonnable pour le déplacement.

Les résidents de la Nouvelle-Écosse qui élisent définitivement domicile à l'étranger n'ont plus droit aux services assurés dès le jour de leur départ.

ACCESSIBILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Aucuns frais modérateurs ou de surfacturation ne sont exigés en vertu des deux régimes.

Plus de 90 p. 100 de la population habite à moins de 30 minutes de l'un des 47 hôpitaux de la province. En plus des grands services de soins tertiaires d'Halifax, il existe un réseau d'hôpitaux régionaux qui dispensent des soins spécialisés à toute la population.

La province ne restreint ni ne limite en aucune façon le nombre de médecins qui peuvent réclamer des honoraires du régime. Des primes sont offertes afin d'encourager les médecins à pratiquer leur profession dans les régions éloignées de la province.

Paiements aux hôpitaux

Le processus d'attribution budgétaire qui permet aux hôpitaux de fournir les services assurés se déroule comme suit : les hôpitaux présentent leurs prévisions budgétaires au Ministre, qui est autorisé par règlement à les examiner et à les analyser. C'est à partir des prévisions approuvées que le régime détermine les paiements qui seront faits annuellement aux hôpitaux. En 1990-1991, la Nouvelle-Écosse comptait 5 076 lits d'hôpitaux. Les dépenses directes du ministère de la Santé et du Conditionnement physique pour les coûts d'exploitation liés aux services dispensés dans les hôpitaux généraux et psychiatriques se sont élevées à 684 millions de dollars. En tout, 11 399 515 $ ont été versés à des hôpitaux de l'extérieur de la province pour des services assurés dispensés à des résidents de la Nouvelle-Écosse. Le nombre total d'admissions dans les hôpitaux généraux s'est élevé à 154 573. Le nombre de jours-patients dans ces mêmes hôpitaux s'est élevé à 1 308 446.

Mode de paiement des soins médicaux

Dans la grande majorité des cas, les médecins sont payés à l'acte pour les services assurés dispensés aux résidents de la province. Certains services assurés sont dispensés par des médecins salariés travaillant dans des établissements.

Rémunération raisonnable

La *Health Services and Insurance Act* autorise la Commission à négocier la rémunération des services médicaux et dentaires avec la *Medical Society* et la *Dental Association* et à participer à tout processus d'arbitrage exécutoire relatif à des questions de rémunération non résolues par négociation.

Au cours de 1990-1991, environ 228 400 000 $ ont été versés aux médecins de la Nouvelle-Écosse. Les paiements effectués par la Commission pour des services médicaux dispensés à l'extérieur de la province se sont élevés à environ 2 740 000 $.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

Les soins intermédiaires en centre d'accueil et les soins aux adultes en établissement sont dispensés par un réseau de foyers de soins spéciaux variés (par exemple, foyers pour personnes âgées, centres d'accueil, établissements de soins résidentiels). Le ministère provincial des Services communautaires

administre ces programmes. Les municipalités accordent de l'aide aux personnes dont les ressources sont insuffisantes. Le coût est pris en charge par la province dans une proportion de 66,66 p. 100.

En vertu d'une loi, la Nouvelle-Écosse a établi une méthode, à l'échelle régionale, afin de déterminer les tarifs autorisés dans les foyers de soins spéciaux. Un comité tripartite, composé de représentants de la *Union of Nova Scotia Municipalities*, de l'*Associated Homes for Special Care* et du ministère des Services communautaires, négocie annuellement les tarifs pour tous les types d'établissements.

La Nouvelle-Écosse possède un programme coordonné de soins à domicile, le *Coordinated Home Care Program*, dont la structure organisationnelle est unique. Le Ministre des Services communautaires préside l'Agence de coordination des soins à domicile, la *Home Care Coordinating Agency*, composée de ministres et de sous-ministres provenant des Services communautaires, de la Santé et du Conditionnement physique, du Logement, des Affaires municipales et du Secrétariat du troisième âge. Ce groupe approuve la politique issue de la planification et de la collaboration entre les ministères en vue d'assurer la prestation de services par l'intermédiaire de sept coordinateurs régionaux. Ce programme a été mis sur pied dans un comté de la province en septembre 1988; à la fin du mois de mars 1990, il était en vigueur dans toute la province. La loi sur les soins à domicile coordonnés, la *Coordinated Home Care Act*, est entrée en vigueur plus tard au cours de l'année 1990.

Le *Coordinated Home Care Program* comprend des services d'aides familiales, de soins personnels, de soins infirmiers, de logement et une gamme de services de bénévoles destinés aux personnes âgées, aux handicapés et aux familles à risque. Les infirmières de l'Ordre de Victoria et les infirmières de santé communautaire du ministère de la Santé et du Conditionnement physique dispensent les soins infirmiers. L'admission au Programme est coordonnée par 31 organismes désignés d'aides familiales ou des municipalités, situés dans différentes régions de la province.

NOUVEAU-BRUNSWICK

GESTION PUBLIQUE

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Les deux régimes sont gérés sans but lucratif par le ministère de la Santé et des Services communautaires et sont assujettis à la vérification de leurs comptes et de leurs opérations financières par le bureau du Vérificateur général de la province.

INTÉGRALITÉ

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services aux malades hospitalisés auxquels les assurés ont droit correspondent à ceux mentionnés dans la *Loi canadienne sur la santé*, y compris : l'hébergement et les repas en salle ordinaire; les soins infirmiers nécessaires; les services de laboratoire et de radiologie et autres actes diagnostiques; les médicaments, les substances biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'utilisation de la salle d'opération, de la salle d'accouchement et des installations d'anesthésie; et l'utilisation des installations de radiothérapie et de physiothérapie, si disponibles. Les services de consultation externe comprennent : les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques, là où ils existent; la radiothérapie; la physiothérapie; et les autres services de consultation externe offerts par les hôpitaux.

Les services non assurés comprennent : les médicaments brevetés; les médicaments que le malade emporte à la maison; les services diagnostiques rendus au profit d'un tiers; les visites pour l'administration de médicaments, de vaccins, de sérum ou de substances biologiques; les téléviseurs; les téléphones; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée au choix du patient; et tout service non visé par le barème provincial des services de médecins assurés.

Les services ne sont pas assurés s'ils sont fournis à des personnes ayant droit à une assurance en vertu d'autres lois.

Les services fournis par le programme de l'hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick sont assurés. Aussi connu sous le nom de *«hospital at home»*, l'hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick est un programme de prestation, aux malades à domicile, de soins actifs et palliatifs par des professionnels. Les patients sont admis sur recommandation de leurs médecins; les médecins prennent les dispositions pour l'admission du patient, prescrivent le traitement et ordonnent le congé comme dans les hôpitaux conventionnels. En 1987-1988, la formule a été étendue et le nombre total d'unités de l'hôpital extra-mural a été porté à 14. À partir du 1er avril 1990, l'hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick a élargi son éventail de services pour inclure les services de soins prolongés. Cet éventail de services a été défini comme étant la phase II du mandat du programme et faisait auparavant partie d'un service de santé publique.

Régime de soins médicaux

Les services de santé assurés sont définis comme étant l'ensemble des services médicalement requis fournis par un médecin, certains services médicalement requis fournis par des chirurgiens dentistes qualifiés dans un hôpital approuvé et des soins d'optométrie restreints offerts aux résidents de moins de 19 ans.

Les services suivants ne sont pas couverts par le régime : la chirurgie plastique facultative ou autres services fournis à des fins esthétiques; les remèdes, les médicaments, le matériel, les fournitures de chirurgie ou les dispositifs prothétiques; les consultations ou les renouvellements d'ordonnance par téléphone qui ne sont pas spécifiquement prévus au barème des honoraires; l'examen de dossiers ou certificats médicaux à la demande d'un tiers; les immunisations, examens ou certificats pour fins de voyage, d'emploi, d'émigration, d'assurance ou à la demande d'un tiers; d'autres services prescrits par les règlements administratifs régissant l'hôpital ou le personnel médical; les services dentaires dispensés par un médecin; la distance ou le temps des déplacements, sauf dans le cas où ils sont prévus dans le barème des honoraires; le témoignage devant une cour ou tout autre tribunal; les services dispensés par des médecins aux membres de leur famille immédiate; la psychanalyse; l'électrocardiographie lorsqu'elle n'est pas effectuée par des spécialistes en médecine interne ou en pédiatrie; les actes de laboratoire non compris dans le tarif d'un examen ou d'une consultation; l'ajustage et la fourniture de lunettes ou de lentilles cornéennes; la chirurgie transsexuelle; la fécondation *in vitro*; l'acuponcture; et un examen médical complet effectué dans le cadre d'un examen périodique et non pour des raisons de nécessité médicale.

La Croix Bleue du Canada Atlantique administre, au nom du ministère de la Santé et des Services communautaires, le Plan de médicaments sur ordonnance pour les personnes âgées, de même que de nombreux régimes de médicaments, dont la prestation de médicaments pour ceux qui vivent en centre d'accueil, les cas confirmés de fibrose kystique, les personnes ayant besoin de traitement à la cyclosporine en raison d'une greffe, les personnes ayant besoin d'hormones de croissance, les personnes inscrites auprès de la province pour la fourniture d'AZT et les personnes qui reçoivent de l'aide au revenu; et le Programme d'allocations-santé pour personnes âgées destiné à aider ces personnes à assumer les coûts de fourniture d'injections lorsqu'elles sont diabétiques ou s'administrent elles-mêmes des médicaments, le matériel d'analyse des diabétiques, les fournitures pour stomisés, les soins de la vue, les appareils auditifs, les soins du pied (podiatrie et chiropodie), les services de chiropractie, les orthèses, les prothèses pour les membres inférieurs et supérieurs, les prothèses mammaires et les fournitures pour trachéomisés.

Le ministère de la Santé et des Services communautaires administre le Programme de Services d'ambulance qui contribue financièrement aux services ambulanciers dispensés aux bénéficiaires de l'assistance sociale et aux malades transférés d'un hôpital à un autre. En outre, des subventions sont accordées à ces services pour l'achat d'ambulances, ainsi qu'à l'Ambulance Saint-Jean pour la mise en oeuvre de son programme de formation pour ambulance.

UNIVERSALITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Tous les assurés de la province sont admissibles à la protection du régime. Les personnes suivantes, qu'elles soient ou non résidentes de la province, ne sont pas couvertes : les membres réguliers des Forces armées canadiennes; les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier relevant du gouvernement du Canada; et les personnes des autres provinces ou territoires qui séjournent au Nouveau-Brunswick pour poursuivre leurs études et qui sont admissibles à une protection en vertu de leurs régimes provinciaux ou territoriaux.

Pour avoir droit aux services de santé assurés, les bénéficiaires et les personnes qui sont à leur charge doivent être inscrits. Une fois inscrites, les personnes admissibles reçoivent une carte d'assurance-maladie et d'hospitalisation du Nouveau-Brunswick qui porte le nom, l'adresse, la date

de naissance et le numéro d'assurance-maladie du résident. Cette carte doit être produite lorsque des services sont requis auprès d'un médecin ou d'un établissement médical. Aucune prime n'est perçue.

TRANSFÉRABILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Toute personne venant d'une autre province ou d'un territoire a droit de devenir bénéficiaire du régime à partir du premier jour du troisième mois qui suit le mois de son arrivée dans la province. Les groupes suivants peuvent être admissibles aux services assurés dès le premier jour, lorsque la résidence à plein temps au Nouveau-Brunswick est établie : les membres des Forces armées canadiennes; les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus des pénitenciers au moment de leur libération au Nouveau-Brunswick; les conjoints non canadiens de citoyens canadiens qui établissent leur résidence au Canada pour la première fois; les immigrants reçus; les Canadiens rapatriés; les Canadiens qui reviennent au pays; les immigrants reçus qui reviennent au pays; et les Canadiens qui élisent domicile au Canada pour la première fois.

Une personne admissible peut être «temporairement» absente de la province à des fins de vacances, de visites ou d'affaires, mais cette absence ne doit pas dépasser 12 mois consécutifs, à moins qu'elle ne soit approuvée par le Directeur du régime d'assurance-maladie.

Les étudiants peuvent être temporairement absents et faire leurs études à temps complet dans une université ou un établissement à condition qu'ils n'établissent pas leur résidence ailleurs. Une personne peut prendre jusqu'à huit mois de vacances annuellement pourvu qu'elle demeure dans la province pendant quatre mois de l'année.

Paiement des services dispensés au Canada

Le paiement aux hôpitaux des services aux malades hospitalisés se fait selon le taux approuvé par le régime d'assurance-hospitalisation de la province ou du territoire concerné. Le paiement des services de consultation externe se fait au taux normalisé établi à l'égard de ces services par le Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement. Le paiement peut être fait directement à la personne, à l'établissement où les soins sont dispensés ou en vertu d'un accord réciproque entre les hôpitaux.

À l'exception du Québec, les services médicaux assurés fournis dans toutes les provinces et dans les territoires sont payés en vertu d'un accord de facturation réciproque au taux de la province d'accueil. Certains services choisis, dont le coût est élevé, sont payés au taux approuvé par le Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Le paiement aux hôpitaux des services aux malades hospitalisés, lorsque ces services sont disponibles au Nouveau-Brunswick, est effectué selon un tarif global, calculé selon la moyenne des coûts facturés par les trois plus importants hôpitaux du Nouveau-Brunswick. Le paiement des services dispensés aux malades hospitalisés, lorsque ces services ne sont pas disponibles dans la province, est calculé d'après le tarif moyen d'hospitalisation en salle de trois grands hôpitaux canadiens, choisis par le Directeur médical. Les services de consultation externe sont payés au taux normalisé établi par le Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement à l'égard des services de consultation externe.

Voici les montants payables par la Direction de l'assurance-maladie pour les services médicaux assurés :

(i) sous réserve du sous-alinéa *(ii)*, des services en anatomopathologie, en radiologie ou en investigation diagnostique par ultrasonographie, 60 p. 100 du montant de la facture;

(ii) des services en anatomopathologie, en radiologie ou en investigation diagnostique par ultrasonographie et définis par le Directeur médical comme n'étant pas disponibles au Nouveau-Brunswick, 70 p. 100 du montant de la facture; ou

(iii) des services autres que ceux visés aux sous-alinéas *(i)* et *(ii)* et définis par le Directeur médical comme n'étant pas disponibles au Nouveau-Brunswick, les montants payables en vertu du régime de services médicaux de la province de l'Ontario ou de la province de Québec, à la discrétion du Directeur médical.

Le paiement des services assurés reçus à l'étranger se fait en dollars canadiens.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les résidents assurés qui déménagent de façon permanente ailleurs au Canada sont couverts jusqu'au dernier jour du deuxième mois qui suit le mois d'arrivée dans la nouvelle province ou le territoire. Toute personne qui quitte la province pour s'établir dans un autre pays cesse, dès son départ, d'être bénéficiaire.

ACCESSIBILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Les personnes ayant en leur possession la carte d'assurance-maladie et d'hospitalisation du Nouveau-Brunswick ont droit aux services assurés.

Les statistiques des hôpitaux pour 1990-1991 sont les suivantes : nombre de jours-patients - 1 225 978 (à l'exclusion des nouveau-nés); nombre d'admissions - 126 952 (incluant l'hôpital extra-mural); nombre de congés - 118 071; et nombre de consultations pour des soins d'urgence - 967 013. En plus, il y avait 1 071 018 jours-patients, 10 982 admissions et 10 118 congés de l'hôpital extra-mural.

Au cours de l'exercice 1990-1991, les omnipraticiens et spécialistes de la province ont dispensé 5 035 186 services médicaux en vertu des modalités de rémunération à l'acte. Les médecins de l'extérieur de la province en ont dispensé 211 035, ce qui donne comme total 5 246 221.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux du Nouveau-Brunswick se voient confier un budget annuel global aux fins des services approuvés. Les versements sont faits aux hôpitaux deux fois par mois. Les dépenses totales au titre des services hospitaliers assurés administrés dans la province sont estimées à 497 862 200 $ en 1990-1991. La province a de plus versé 35 millions de dollars pour les services hospitaliers fournis hors province aux résidents du Nouveau-Brunswick.

Les hôpitaux du Nouveau-Brunswick ont pour leur part reçu près de 14 425 122 $ pour les services dispensés à des résidents des autres provinces.

Mode de paiement des soins médicaux

Les médecins doivent présenter une demande de paiement contenant l'information requise sur le patient et les services fournis. Un médecin qui désire exercer sa profession en vertu de la *Loi sur le paiement des services médicaux* doit en faire la demande au Ministre.

Rémunération raisonnable

La rémunération des médecins est fondée sur le barème des honoraires de la Société médicale du Nouveau-Brunswick. Les tarifs des services qui ne figurent pas dans ce barème sont établis par le Directeur du régime de soins médicaux en consultation avec la Société. Au cours de 1990-1991, les paiements faits aux médecins de la province en vertu des modalités de rémunération à l'acte se sont élevés à environ 126,4 millions de dollars. Les paiements faits à des médecins de l'extérieur de la province se sont élevés à près de 8,8 millions de dollars.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

En vertu du Programme de services en centre d'accueil, les services de soins intermédiaires en centre d'accueil sont dispensés sous les auspices de la Division des services en établissements du ministère de la Santé et des Services communautaires à titre de services non assurés. Les établissements de soins aux adultes et les services qui y sont prodigués existent grâce à divers organismes et sources de financement. La Division des services sociaux, familiaux et communautaires du ministère est responsable des programmes de résidences communautaires et de foyers de soins spéciaux, des services communautaires pour les personnes âgées et des services communautaires dans le cadre de programmes pour adultes handicapés.

Des soins de santé à domicile sont fournis par le biais de l'hôpital extra-mural.

QUÉBEC

GESTION PUBLIQUE

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation du Québec est géré par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Le régime d'assurance-maladie du Québec est administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, un organisme public établi par le gouvernement provincial qui relève du ministre de la Santé et des Services sociaux. Les deux régimes sont gérés sans but lucratif et tous les livres et comptes sont vérifiés par le Vérificateur général de la province.

INTÉGRALITÉ

Régime d'assurance-hospitalisation

Le réseau d'établissements régi par le ministère de la Santé et des Services sociaux comprend les centres hospitaliers et certains centres locaux de services communautaires.

Deux classes de centres hospitaliers sont établies pour le traitement des maladies physiques et mentales, soit les centres hospitaliers de soins de courte durée et de soins aux convalescents, et les centres hospitaliers de soins de longue durée qui assurent des soins et traitements continus pour une période moyenne supérieure à 90 jours.

Les services assurés aux malades hospitalisés sont dispensés dans les unités d'hospitalisation des centres hospitaliers de courte durée et de longue durée tandis que les services assurés de consultation externe sont principalement dispensés dans les centres hospitaliers de courte durée.

Les services assurés aux malades hospitalisés comprennent : le logement dans une salle commune et les repas; les soins infirmiers nécessaires; la fourniture du matériel de chirurgie courante; les services diagnostiques; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; la fourniture des médicaments, des prothèses et orthèses et des produits biologiques et les préparations s'y rattachant; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie; et les services fournis par le personnel du centre hospitalier.

Les services de consultation externe comprennent : les services cliniques de soins psychiatriques; les soins en électro-chocs, l'insulinothérapie et la thérapie de comportement; les soins d'urgence; les soins en chirurgie mineure; la radiothérapie; les services diagnostiques; la physiothérapie; l'ergothérapie; les services d'inhalothérapie, d'audiologie, d'orthophonie et d'orthoptique; et d'autres services ou examens exigés par une loi du Québec.

D'autres services sont assurés : ceux à des fins de contraception mécanique, hormonale ou chimique; de stérilisation chirurgicale, dont la ligature des trompes et la vasectomie; et la réanastomose des trompes ou des canaux déférents.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux administre gratuitement un programme de transport ambulancier pour les personnes âgées de 65 ans et plus.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : la chirurgie plastique; la fécondation *in vitro*; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée au choix du patient; la télévision; le téléphone; les médicaments et les produits biologiques commandés après que le patient est sorti de l'hôpital; et les services auxquels le patient a droit en vertu de la *Loi sur les accidents de travail* ou d'autres législations fédérales ou provinciales.

Régime de soins médicaux

Les services assurés par ce régime comprennent : les services médicaux et chirurgicaux rendus par les médecins; et les services de chirurgie buccale rendus dans un centre hospitalier par les dentistes et les spécialistes en chirurgie buccale et maxillofaciale.

Les services qui ne sont pas considérés comme assurés sont : tout examen ou service non relié à un processus de guérison ou de prévention de la maladie; la psychanalyse sous toutes ses formes, à moins que tel service ne soit rendu dans une institution autorisée à cette fin; tout service dispensé à des fins purement esthétiques; toute consultation par voie de télécommunication ou par correspondance; tout service rendu par un professionnel à son conjoint ou à ses enfants; tout examen, toute expertise, tout témoignage, tout certificat ou autres formalités lorsque requis aux fins de la justice ou par une personne autre que celle qui a reçu un service assuré, sauf dans certains cas; toute visite faite dans le seul but d'obtenir le renouvellement d'une ordonnance; tout examen, tout vaccin, toute immunisation et toute injection faite à un groupe ou faite pour certaines fins; tout service rendu par un médecin sur la base d'une entente ou d'un contrat avec un employeur ou une association ou organisme; tout ajustement de lunettes ou de lentilles cornéennes; tous les actes d'acupuncture; l'injection de substances sclérosantes et l'examen dispensé à cette occasion; la thermographie, la mammographie utilisée pour fins de dépistage, la tomodensitométrie, l'usage des radionucléides *in vivo* chez l'humain et l'ultrasonographie, à moins que tous ces services ne soient rendus dans un centre hospitalier; tout service de radiologie ou d'anesthésie rendu par un médecin, s'il est requis en vue de dispenser un service non assuré, à l'exception d'un service dentaire rendu dans un centre hospitalier; et tout service de chirurgie rendu à des fins de transsexualisme à moins qu'un tel service ne soit rendu sur recommandation d'un médecin spécialiste en psychiatrie et dans un centre hospitalier autorisé à cette fin.

En plus des services de santé assurés de base, la Régie couvre également certains services optométriques; les services dentaires et les prothèses dentaires acryliques pour les enfants et les bénéficiaires de l'aide sociale; les prothèses, les appareils orthopédiques, dispositifs, fauteuils roulants ou autres équipements; les prothèses mammaires; les prothèses oculaires; les aides auditives pour les handicapés auditifs âgés de 35 ans et moins et ceux âgés de 36 ans et plus qui ont déjà bénéficié du programme; les appareils fournis aux stomisés; et les services pharmaceutiques et les médicaments prescrits pour les personnes âgées.

UNIVERSALITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

L'inscription à l'assurance-hospitalisation n'est pas nécessaire; il suffit d'être inscrit à la Régie de l'assurance-maladie ou de fournir une preuve de résidence pour établir l'admissibilité. Toute personne qui réside ou est réputée résider au Québec doit être inscrite à la Régie de l'assurance-maladie pour être admissible aux programmes d'assurance-maladie. Les services reçus par les membres de l'effectif régulier des Forces armées canadiennes, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral ne sont pas assurés par le régime. Aucune prime n'est perçue.

TRANSFÉRABILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Une personne qui s'établit au Québec après avoir quitté une province ou un territoire du Canada devient bénéficiaire du régime d'assurance-maladie du Québec lorsqu'elle cesse d'avoir droit aux bénéfices de la province ou du territoire d'origine, pour autant que la personne soit inscrite à la Régie.

Les personnes temporairement absentes de la province, ainsi que les personnes à leur charge, par exemple, les étudiants, les stagiaires, les fonctionnaires du gouvernement du Québec, les employés d'un organisme sans but lucratif ayant son siège social au Canada et qui travaillent à l'étranger dans un programme reconnu par le ministre de la Santé et des Services sociaux, et les personnes absentes pour moins de 12 mois consécutifs maintiennent leurs prestations, avec préavis à la Régie.

Les résidents qui séjournent hors du Québec pour d'autres fins demeurent admissibles s'ils ne maintiennent pas de résidence hors du Québec et que leur absence est inférieure à 12 mois.

Certaines catégories de résidents, notamment les résidents permanents, les Canadiens rapatriés, les Canadiens revenant au pays, les membres des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada, et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral, deviennent bénéficiaires dès le premier jour de leur arrivée, de leur élargissement ou de leur libération.

Paiement des services dispensés au Canada

Les coûts des services hospitaliers reçus par un bénéficiaire temporairement absent dans une autre province ou dans un territoire sont remboursés selon les termes de l'entente de «facturation réciproque» établie entre les provinces et territoires du Canada, soit au niveau établi pour l'hospitalisation en salle et approuvé par la province ou le territoire d'accueil, ou au niveau tarifaire interprovincial et interterritorial approuvé pour les services de consultation externe.

Les coûts des services médicaux reçus par un bénéficiaire dans une autre province ou dans un territoire sont remboursés au moindre montant, soit le montant effectivement payé, ou celui qui aurait été payé par la Régie pour de tels services au Québec. Cependant, le Québec a négocié une entente permanente avec l'Ontario de façon à ce que les médecins d'Ottawa soient rémunérés selon le taux des honoraires de l'Ontario lorsqu'ils dispensent des soins en cas d'urgence et lorsque les services fournis ne sont pas offerts dans la région de l'Outaouais. Cette entente portant sur le paiement des services offerts dans la province d'accueil pour la région d'Ottawa et de l'Outaouais est entrée en vigueur le 1er novembre 1989.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les coûts des services hospitaliers et des consultations externes d'urgence reçus par un bénéficiaire temporairement absent du Québec sont remboursés par la Régie jusqu'à concurrence de 700 $ plus 50 p. 100 des frais excédant ce montant. Les coûts des services hospitaliers facultatifs sont remboursés s'ils ont été autorisés au préalable par la Régie.

Pour certains bénéficiaires, par exemple, les étudiants, les stagiaires, les fonctionnaires à l'emploi du gouvernement du Québec en service hors du Canada, et, à certaines conditions, les employés

d'organismes à but non lucratif résidant temporairement à l'étranger, le tarif de remboursement est de 100 p. 100 pour les services hospitaliers d'urgence et de 75 p. 100 pour les services hospitaliers non urgents. Les coûts des services médicaux sont également remboursés jusqu'à concurrence du montant qui aurait été payable si les services avaient été rendus au Québec.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Une personne assurée qui quitte le Québec pour s'établir dans une autre province ou dans un territoire du Canada demeure bénéficiaire jusqu'à concurrence de trois mois.

Une personne qui quitte le Québec pour s'établir en permanence dans un autre pays cesse, dès son départ, d'être bénéficiaire.

ACCESSIBILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Toute personne a droit de recevoir des services de santé adéquats sans discrimination d'aucune sorte.

Il n'y a aucuns frais de surfacturation par les médecins dans la province. La plupart des médecins exercent leur profession en conformité avec le régime provincial mais le Québec permet deux autres options, soit : celle des professionnels désengagés qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime mais qui acceptent d'être rémunérés suivant le tarif prévu à l'entente provinciale; et celle des professionnels non participants qui exercent leur profession en dehors des cadres du régime, de sorte que ni eux ni leurs patients ne reçoivent de remboursement de la Régie.

En 1990-1991, il y avait 123 hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë dans la province, totalisant 32 955 lits. Il y a eu près de 718 000 patients admis dans des hôpitaux de courte durée et près de 10 200 000 jours-patients pour l'année financière 1990-1991.

Paiements aux hôpitaux

Le financement d'un centre hospitalier par le ministère de la Santé et des Services sociaux s'effectue par le biais de paiements en rapport avec le coût des services assurés fournis.

Les paiements effectués en 1990-1991 aux hôpitaux de la province pour les services de santé assurés fournis aux résidents du Québec se sont élevés à environ 5,5 milliards de dollars et ceux effectués aux hôpitaux de l'extérieur se sont élevés à environ 100 millions de dollars.

Mode de paiement des soins médicaux

Les médecins sont rémunérés selon les tarifs prévus et négociés. Les médecins désengagés sont rémunérés directement par le patient après que celui-ci a été payé par la Régie. Les médecins non participants sont rémunérés directement par le patient selon le tarif exigé.

Rémunération raisonnable

La rémunération raisonnable pour tous les services assurés de santé dispensés par les professionnels de la santé est assurée par la loi. Le Ministre peut conclure une entente avec les organismes représentatifs de toute catégorie de professionnels de la santé. Cette entente peut prévoir un taux de

rémunération différent pour la fourniture des services médicaux dans un territoire où les effectifs de la santé sont considérés comme insuffisants. Le Ministre peut aussi prévoir un taux de rémunération différent pour les médecins durant les premières années d'exercice de leur profession ou de leur spécialité selon le territoire ou l'activité en cause. Ces dispositions font suite à la consultation menée auprès des organismes représentatifs des groupes professionnels.

En 1990-1991, la Régie a versé un montant évalué à 1,916 millions de dollars aux médecins de la province alors que le montant évalué pour les services médicaux hors de la province s'élevait à 9,4 millions de dollars.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

Les centres d'accueil dispensent les soins intermédiaires, les soins aux adultes en établissement et les services de soins à domicile, les admissions étant coordonnées à l'échelle régionale. Les centres locaux de services communautaires (C.L.S.C.) reçoivent les candidats, évaluent leurs besoins en matière de santé et prennent des dispositions en vue de la prestation de services, comme les soins de jour ou les soins à domicile, ou dirigent ces personnes vers les organismes appropriés.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux offre certains services de soins à domicile qui comprennent les services de soins infirmiers et d'aide, des services d'aides familiales et la surveillance médicale.

Les centres d'accueil d'hébergement, de même que les unités de soins prolongés des hôpitaux de soins de courte durée, mettent l'accent sur le maintien de l'autonomie et des capacités fonctionnelles de leurs clients, en leur fournissant toute une gamme de programmes et de services, y compris des soins de santé.

ONTARIO

Le régime d'assurance-santé est un régime combiné qui regroupe les services de soins hospitaliers et de soins médicaux. Le régime présente toutes les caractéristiques d'un «régime d'assurance-santé» définies dans la *Loi canadienne sur la santé*.

GESTION PUBLIQUE

Le régime d'assurance-santé de l'Ontario a été créé en vertu de la *Loi sur l'assurance-santé*, afin d'offrir une assurance contre les coûts des services offerts dans les hôpitaux et les établissements de santé, par des médecins et d'autres professionnels de la santé. Le régime est géré sans but lucratif par le ministère de la Santé. Les comptes et opérations financières sont vérifiés par le Vérificateur provincial et sont publiés dans les Comptes publics de l'Ontario.

INTÉGRALITÉ

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services assurés aux malades hospitalisés sont les suivants : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les épreuves de laboratoire, les examens radiologiques et les autres procédés diagnostiques; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; l'utilisation des salles d'opération, d'obstétrique et d'accouchement, et des installations d'anesthésie; les médicaments et les thérapies à l'aide de médicaments pour les patients atteints de fibrose kystique et de thalassémie administrés dans les hôpitaux désignés; et tous les aspects de la fécondation *in vitro* dans les hôpitaux désignés.

La plupart des services de consultation externe sont assurés, y compris : les épreuves de laboratoire, les examens radiologiques et les autres actes diagnostiques; l'utilisation des installations de radiothérapie, d'ergothérapie, de physiothérapie, d'audiologie, de psychologie et d'orthophonie là où elles existent; des services de consultation en matière d'alimentation; l'utilisation du matériel pour l'hémodialyse et la suralimentation à domicile, les fournitures et les médicaments; la fourniture de matériel, de fournitures et de médicaments aux hémophiles; la Cyclosporine pour les personnes qui ont subi une greffe; le médicament AZT pour les patients atteints du sida; et l'hormone de croissance obtenue par biosynthèse.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : les frais additionnels pour une chambre privée ou semi-privée, à moins qu'une telle chambre n'ait été prescrite par un médecin; le téléphone, la télévision; les coûts des services infirmiers privés; la chirurgie esthétique, dans la plupart des cas; les médicaments prescrits et emportés à la sortie de l'hôpital; et les visites à l'hôpital, dans les limites de la province, uniquement pour l'administration de médicaments autres qu'un sérum antirabique.

En plus des services hospitaliers assurés, l'Ontario offre également les services de santé mentale, y compris les services des hôpitaux psychiatriques de la province; la composante des résidences au Programme pour foyers de soins spéciaux; les services ambulanciers (par voies aériennes et terrestres); les traitements dentaires pour les personnes ayant un bec de lièvre et une fissure du palais, inscrites à une clinique désignée; et le financement d'un programme de dépistage du cancer du sein, pour la province.

Régime de soins médicaux

Les services médicaux assurés comprennent tous les services médicalement nécessaires offerts par des médecins. Les services de médecins assurés qui sont offerts dans des établissements, au cabinet ou à domicile comprennent : le diagnostic et le traitement des troubles d'ordre médical; les examens médicaux et les tests; les interventions chirurgicales; les services de maternité; l'anesthésie; les services de radiologie et de laboratoire dans des installations approuvées; et l'immunisation, les injections et les tests. Les services de chirurgie dentaire assurés comprennent : le traitement des blessures traumatiques; les incisions chirurgicales, l'excision de tumeurs et de kystes; le traitement des fractures; les homéogreffes; les implants; et les reconstructions faites dans un hôpital à l'aide de matériel étranger à l'organisme humain et l'excision de dents incluses, médicalement nécessaire, et faite dans un hôpital.

Outre les services de santé assurés de base, le ministère de la Santé offre également les services suivants : une évaluation oculo-visuelle par un optométriste; un programme d'assurance-médicaments pour les personnes âgées et les bénéficiaires de l'aide sociale; un programme d'appareils et de prothèses; un programme de subvention pour les frais de transport à des fins médicales accordée aux habitants du nord de l'Ontario; et, dans une certaine mesure, les services de chiropraticiens, d'ostéopathes et de chiropodistes; et les services de physiothérapeuthes dans une clinique désignée à cette fin.

Les services non assurés comprennent : les frais et le temps de déplacement; les conseils donnés par téléphone; les examens, les vaccinations ou inoculations de groupe; la préparation d'antigènes ou d'antisérums spéciaux; les traitements d'orthopie; la préparation de dossiers, de rapports, de certificats, de communications et de témoignages devant les tribunaux; les lunettes; le rétablissement de la fécondité; les examens médicaux aux fins d'emploi, d'assurance-vie ou d'admission à un camp et à des activités récréatives; la chirurgie esthétique; l'acupuncture; les services de physiothérapie dispensés dans un établissement privé non agréé par le régime; les tests psychologiques dispensés ailleurs qu'à l'hôpital; et les frais de transport autres que les services d'ambulance approuvés.

UNIVERSALITÉ

Toutes les personnes, sauf les membres de la Gendarmerie royale du Canada, les membres des Forces armées canadiennes et les détenus des pénitenciers fédéraux, dont le domicile se trouve en Ontario et qui s'y trouvent habituellement, ont droit aux services assurés après un certain délai de carence (voir la section sur la transférabilité).

Toute personne qui réside en Ontario doit s'inscrire et inscrire toute personne à sa charge. Les résidents de l'Ontario ont droit selon des modalités uniformes à tous les services assurés, soit les services hospitaliers, médicaux et dentaires dispensés dans un hôpital, pour lesquels le gouvernement fédéral verse des contributions.

TRANSFÉRABILITÉ

Délai minimal de résidence

Les résidents ont droit aux services assurés dans les trois mois qui suivent leur arrivée dans la province.

Les personnes suivantes ont droit aux services assurés du moment qu'elles en font la demande dans les délais prescrits pour chaque catégorie : les personnes provenant d'une autre province ou d'un territoire, qui ont cessé d'être admissibles au titre de leurs régimes provinciaux ou territoriaux

d'assurance-santé; les membres libérés des Forces armées canadiennes et de la Gendarmerie royale du Canada; les détenus libérés d'un pénitencier fédéral; les missionnaires qui reviennent au Canada; les étudiants qui reviennent au Canada dans les 12 mois suivant leur départ; les immigrants reçus; les Canadiens revenant au Canada pour s'établir en Ontario; les conjoints et enfants non canadiens des résidents assurés de l'Ontario qui viennent s'installer en Ontario pour la première fois; les patients qui ont obtenu leur congé d'un établissement de soins psychiatriques en Ontario; et les étudiants étrangers inscrits dans un établissement d'enseignement ontarien pour plus d'un an.

Les résidents doivent demeurer en Ontario pendant au moins quatre mois consécutifs par année pour rester assurés.

Paiement des services dispensés au Canada

L'Ontario a conclu des accords réciproques avec toutes les autres provinces et les territoires pour le paiement des services assurés fournis aux malades hospitalisés et externes. En ce qui concerne les malades hospitalisés, le taux payé est le taux prévu par le régime de la province ou du territoire où le malade a été hospitalisé. En ce qui a trait à la consultation externe, l'Ontario paie les frais normalisés autorisés par le Comité consultatif des services médicaux et des services en établissement.

L'Ontario participe également à une entente de facturation réciproque avec les autres provinces et territoires en ce qui a trait aux services médicaux assurés. Une approbation préalable est exigée pour le remboursement de certains coûts de services assurés dispensés dans un hôpital ou un centre à l'extérieur de la province autre qu'un hôpital.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Pour les soins hospitaliers d'urgence ou les soins hospitaliers facultatifs non disponibles au Canada, l'Ontario paie 100 p. 100 des services assurés, au taux standard pour séjour en salle commune, à l'hôpital qui a fourni les soins en question. Pour les soins hospitaliers facultatifs disponibles au Canada, l'Ontario paie 75 p. 100 du tarif établi. La note de l'hôpital peut être payée en entier lorsque la preuve médicale est fournie et confirmée au préalable par le régime que le traitement n'est pas disponible en Ontario.

Pour les services médicaux et dentaires assurés reçus à l'extérieur du Canada, la province paie jusqu'à concurrence des tarifs fixés en vertu de son régime d'assurance-santé. Dans certaines circonstances, le coût de certaines interventions chirurgicales ou autres interventions complexes peut être remboursé, selon le tarif d'honoraires habituel payé par les assureurs dans le pays où le service a été dispensé.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Un résident qui quitte l'Ontario pour s'établir dans une autre province ou dans un territoire du Canada demeure bénéficiaire de l'Ontario pour la période d'attente précédant l'entrée en vigueur du régime de la province ou du territoire de résidence, ou jusqu'au premier jour du troisième mois après le départ. Un résident de l'Ontario qui déménage à l'étranger est admissible aux services assurés jusqu'au quatrième mois suivant son départ de l'Ontario.

ACCESSIBILITÉ

Accès raisonnable

Toutes les personnes assurées ont droit à tous les services hospitaliers et médicaux assurés pour lesquels le gouvernement fédéral verse des contributions. Aucun résident dans le besoin ne peut se voir refuser des services de santé assurés.

En Ontario, les hôpitaux publics doivent accepter les personnes admises aux hôpitaux par des médecins. En conformité avec le paragraphe 19(2) de la *Loi canadienne sur la santé*, les frais modérateurs pour logement et pension imposés aux malades atteints de maladie chronique après 60 jours sont autorisés. Une exemption en fonction du revenu est prévue dans le cas des personnes dans le besoin.

En 1990-1991, on comptait 196 hôpitaux de soins actifs dans la province, pour un total de 41 513 lits, dotés en personnel et en fonctionnement dans des sections de soins chroniques, généraux et de réadaptation spéciale. Le nombre de patients admis au cours de l'année financière s'élevait à 1 306 459, ce qui représente 14 801 259 jours-patients au total.

Un nombre adéquat de médecins assurent un accès raisonnable aux services médicaux. Le Programme des services aux régions sous-desservies vise à assurer aux résidents des régions rurales ou éloignées de la province un meilleur accès aux services d'omnipraticiens. Deux programmes ont été mis sur pied à l'intention des résidents du nord de l'Ontario : le Programme incitatif à l'établissement de médecins spécialistes dans le Nord procure une aide financière aux spécialistes qui pratiquent dans le nord de l'Ontario; et la Subvention pour frais de transport à des fins médicales fournit une aide financière aux malades qui doivent parcourir plus de 250 kilomètres (aller) dans le nord de l'Ontario ou du Manitoba, ou plus de 300 kilomètres (aller) à tout autre endroit en Ontario pour recevoir des soins hospitaliers et médicaux spécialisés.

L'adoption de la *Loi sur l'accessibilité aux services de santé* a éliminé les obstacles financiers qui limitaient l'accès aux services assurés de médecins, de dentistes et d'optométristes. Ceux qui facturent directement le malade ne peuvent demander ni accepter de paiements dépassant le montant payable en vertu du régime pour des services assurés fournis à des personnes assurées.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux généraux publics de la province sont payés sur une base budgétaire, qui comprend tous les coûts raisonnables des services assurés. Le système budgétaire ontarien est un système de remboursement prospectif prévoyant une augmentation annuelle des subventions pour tenir compte des facteurs suivants : l'inflation, l'accroissement de la charge de travail, l'introduction de nouveaux programmes approuvés et l'accroissement des coûts par suite de la croissance de certains programmes de maintien de la vie. Les hôpitaux reçoivent des versements deux fois par mois.

En 1990-1991, l'Ontario a versé un montant évalué à 6,4 milliards de dollars aux hôpitaux et établissements sous contrat pour les services assurés. Un montant évalué à 255,4 millions de dollars a été versé aux hôpitaux hors de la province pour les services hospitaliers fournis aux résidents de l'Ontario.

Mode de paiement des soins médicaux

Les services assurés fournis par les médecins et les dentistes de la province sont essentiellement payés à l'acte et selon le barème des honoraires prévu dans la *Loi sur l'assurance-santé* et le Règlement 452 (annexes 15, 16, 18, 19, 20). Les médecins peuvent choisir de participer au régime et de facturer à ce dernier tous leurs services, ou de ne pas participer au régime et de facturer aux malades tous les services fournis. En Ontario, les médecins non participants peuvent facturer directement au régime les services fournis à certains groupes de malades et par l'entremise d'un groupement médical, les services fournis dans des hôpitaux publics, des centres d'accueil et autres établissements. La proportion du nombre de médecins qui ne participent pas au régime par rapport à ceux qui y adhèrent a diminué depuis l'adoption de la *Loi sur l'accessibilité aux services de santé*, pour passer de 10,6 p. 100 à 2,5 p. 100.

Rémunération raisonnable

Depuis quelques années, il existe un Comité mixte de la rémunération des médecins constitué de membres de l'Association médicale de l'Ontario, du gouvernement provincial, ainsi que d'un président neutre. On tente d'en arriver à des accords concernant les rajustements globaux au barème des honoraires du régime qui soient acceptables pour les deux parties. En cas d'impasse, on a recours aux services du président qui agit à titre d'enquêteur. Le processus de négociation est actuellement à l'étude.

Des membres du gouvernement et de l'Association dentaire de l'Ontario essaient de parvenir à des accords sur les rajustements à apporter au barème des honoraires du régime qui visent les services dentaires assurés fournis dans les hôpitaux.

Au cours de 1990-1991, un montant estimé à 4 226,9 millions de dollars a été versé pour les soins médicaux. Cette somme comprend les paiements pour les services de médecin et de laboratoire. Le Régime a déboursé près de 29,4 millions de dollars pour les services médicaux reçus à l'extérieur de la province.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

En Ontario, le ministère de la Santé subventionne les soins prolongés fournis dans les centres d'accueil, les foyers pour personnes âgées et les établissements de charité qui relèvent du ministère des Services sociaux et communautaires. De plus, il existe des services de soins actifs et de soins chroniques qui comprennent des services à domicile comme la dialyse et les services pour la suralimentation.

MANITOBA

Le régime d'assurance-maladie du Manitoba, le *Manitoba Health Services Insurance Plan*, est un régime combiné qui regroupe les services de soins hospitaliers et de soins médicaux. Le régime présente toutes les caractéristiques d'un «régime d'assurance-santé» définies dans la *Loi canadienne sur la santé*.

GESTION PUBLIQUE

Le programme des services de santé assurés du Manitoba est géré par la Commission des services de santé du Manitoba, organisme à but non lucratif créé par le gouvernement en vertu de la *Loi sur l'assurance-maladie*. Ce régime s'étend aux services hospitaliers, aux services médicaux et aux autres services de santé.

La Commission doit soumettre au ministre de la Santé un rapport annuel incluant un bilan vérifié, ainsi qu'un état vérifié des revenus et dépenses d'exploitation. Les comptes et les opérations financières sont vérifiés par le bureau provincial du Vérificateur de la province.

INTÉGRALITÉ

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services hospitaliers assurés sont les suivants : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services de diagnostic; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes; les fournitures chirurgicales et médicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; et l'utilisation des installations de radiothérapie, de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie lorsque de telles installations sont disponibles. La plupart des services de consultation externe sont assurés, y compris la dialyse dans un centre approuvé. Dans certains cas, l'hôpital peut facturer les médicaments et les pansements que les malades emportent à domicile.

Les services hospitaliers non assurés comprennent : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; les services infirmiers privés; et les commodités personnelles comme la télévision, la radio, le téléphone, etc.

Les services ne sont pas assurés s'ils sont dispensés aux assurés en vertu d'autres lois.

Régime de soins médicaux

Sont assurés les services suivants dispensés par un médecin dans un établissement, au cabinet du médecin ou au domicile du patient : le diagnostic et le traitement des incapacités et des maladies; les examens et analyses médicaux; les actes chirurgicaux; les services de maternité; les services d'anesthésie; les services de radiologie et de laboratoire dispensés dans un établissement approuvé par la Commission; et les services d'immunisation, d'injection et d'analyses. Les services dentaires assurés, seulement lorsqu'ils doivent être dispensés dans un hôpital et par un chirurgien bucco-dentaire et maxillofacial autorisé ou un dentiste agréé, comprennent : l'extraction chirurgicale de dents incluses; la réfection de traumatismes aux tissus mous à l'intérieur et autour de la bouche; et, en cas d'urgence ou à la demande spéciale d'un médecin, l'exécution d'une réduction orthopédique de fractures de la mandibule ou du maxillaire, pratiquée par un médecin ou une personne participant à une telle intervention.

Les services médicaux non assurés comprennent : les examens et les rapports établis à des fins d'emploi, d'assurance, de fréquentation d'une université, ou d'un camp, ou encore les services rendus à la demande de tiers; les services d'immunisation et autres services offerts à des groupes, sauf s'ils sont autorisés par la Commission; les soins qu'un médecin, dentiste, chiropraticien ou optométriste se dispensent à eux-mêmes ou aux personnes à leur charge; la préparation de dossiers, de rapports, de certificats, de communications et de témoignages devant un tribunal; le kilométrage ou le temps des déplacements; les consultations téléphoniques; les services de psychologues, chiropodistes, naturopathes, podiatres et autres praticiens dont les services ne sont pas mentionnés dans la législation; la fécondation *in vitro*; et la psychoanalyse.

Les cliniques régionales qui fournissent des services d'audiologistes sont payées par le ministère de la Santé du Manitoba.

En plus des services de santé assurés de base, la Commission offre également les services suivants : programme d'assurance-médicaments; lunettes pour les personnes âgées; lentilles cornéennes pour les personnes âgées et pour les jeunes enfants souffrant d'anomalies congénitales; appareils et services d'orthèses et de prothèses; appareils de télécommunication pour les sourds profonds; prothèses oculaires; prothèses mammaires et soutiens-gorge médicaux; soins dentaires pour les patients qui ont une fissure labiale ou une fente palatine; prothèses auditives et chaussures orthopédiques pour les enfants; programme de transport d'urgence par ambulance aérienne; transport des patients résidant dans le Nord qui doivent subir des traitements médicaux; et, dans une certaine mesure, les services de chiropraticiens et d'optométristes.

UNIVERSALITÉ

Tous les résidents, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes, des membres de la Gendarmerie royale du Canada et des personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral, qui ont légalement le droit d'habiter au Canada et qui élisent domicile au Manitoba et qui sont présents physiquement au moins six mois au cours d'une année, sont admissibles aux services de santé assurés sous réserve d'un délai minimal de carence (voir l'article sur la transférabilité). Tous les résidents du Manitoba doivent s'inscrire au régime et y inscrire les personnes à leur charge. Tous les services assurés, qu'ils soient hospitaliers, médicaux ou dentaires dispensés à l'hôpital auxquels sont assorties des contributions fédérales, sont offerts aux résidents du Manitoba selon des modalités uniformes. Aucune prime n'est exigée.

TRANSFÉRABILITÉ

Délai minimal de résidence

Les personnes qui arrivent au Manitoba et viennent d'une autre province ou d'un territoire deviennent admissibles aux services assurés le premier jour du troisième mois suivant le mois de leur arrivée dans la province. Quant aux Canadiens qui reviennent au pays et aux immigrants qui arrivent de l'étranger, ils sont admissibles à compter de leur arrivée au Manitoba. Les membres libérés des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada, ainsi que les détenus libérés des pénitenciers fédéraux sont assurés dès le premier jour de leur congé.

Les personnes qui quittent temporairement la province peuvent continuer d'être assurées pendant une période pouvant aller jusqu'à 12 mois. Les étudiants qui ont l'intention de retourner habiter au Manitoba à la fin de leurs études sont couverts pendant leurs périodes d'études. Les résidents ne peuvent être absents, en vacances, pendant plus de six mois annuellement.

Paiement des services dispensés au Canada

Le Manitoba a conclu avec toutes les autres provinces et avec les territoires des accords de facturation réciproque pour les services hospitaliers et les services de consultation externe assurés. Pour les personnes hospitalisées, les paiements s'établissent au montant que prévoit le régime de la province ou du territoire d'accueil. Pour les services de consultation externe, le Manitoba paie les frais normalisés autorisés par le Comité consultatif fédéral-provincial des services médicaux et des services en établissement.

Le remboursement des prestations (médicales) professionelles est effectué conformément à l'accord réciproque entre les provinces (sauf pour le Québec).

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les paiements accordés au titre de soins hospitaliers qui, de l'avis de la Commission, n'auraient pu être fournis adéquatement au Manitoba correspondent au plus élevé des deux montants suivants : à savoir un montant équivalant à 75 p. 100 des frais d'hôpital pour les services assurés ou le tarif quotidien moyen établi par règlement par la Commission et basé sur le coût de services équivalents dans les hôpitaux du Manitoba de taille comparable. L'hospitalisation à l'étranger, en cas d'urgence, est payée au tarif quotidien moyen basé sur le coût d'un hôpital manitobain de taille comparable. Les services de consultation externe sont payés au plus élevé des deux montants suivants, à savoir 75 p. 100 des frais d'hôpital pour les services assurés dispensés ou le tarif établi par règlement par la Commission, pourvu qu'ils satisfassent l'une des conditions suivantes : services requis à la suite d'un accident ou d'une maladie subite, services qui, selon l'avis de la Commission, n'auraient pu être fournis de façon appropriée au Manitoba; services dispensés à une personne dont le nom figure sur un certificat pour personnes demeurant en dehors de la province; services offerts à un résident assuré et, le cas échéant, aux personnes à sa charge, qui travaillent ou étudient temporairement à l'étranger. Dans le cas de bénéficiaires se trouvant, de façon attestée, dans une situation financière difficile, la Commission peut verser des paiements plus élevés que la normale. Généralement, la Commission n'accorde aucun paiement pour des soins non urgents dispensés à l'étranger qui sont disponibles au Manitoba.

Les services médicaux et dentaires assurés reçus à l'extérieur du Canada font l'objet de paiements jusqu'à concurrence du taux en vigueur au Manitoba, pourvu qu'il s'agisse de services : requis à la suite d'un accident ou d'une maladie subite, qui, selon l'avis de la Commission, n'auraient pu être fournis de façon appropriée au Manitoba; qui sont dispensés à une personne dont le nom figure sur un certificat pour personnes demeurant en dehors de la province; ou qui sont offerts à un résident assuré et, le cas échéant, aux personnes à sa charge, qui travaillent ou étudient à l'étranger temporairement. Dans tous les autres cas, une autorisation doit être obtenue de la Commission.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les résidents du Manitoba qui élisent domicile de façon permanente ailleurs au Canada continuent d'être admissibles aux services assurés jusqu'au dernier jour du deuxième mois qui suit le mois de leur arrivée dans leur nouveau lieu de résidence. Le Manitoba a conclu avec toutes les autres provinces et avec les territoires des ententes de facturation réciproques afin d'éviter qu'il y ait rupture de la période d'admissibilité aux services médicaux et hospitaliers requis.

Les résidents du Manitoba qui déménagent à l'étranger sont admissibles aux services assurés jusqu'au dernier jour du deuxième mois qui suit la date de leur départ du Manitoba.

ACCESSIBILITÉ

Accès raisonnable

Tous les assurés ont droit à tous les services médicaux et hospitaliers assurés auxquels sont assorties des contributions fédérales.

Le Manitoba affirme que sa situation se compare favorablement à la moyenne nationale pour ce qui est des lits d'hôpitaux disponibles, y compris les lits des centres hospitalo-universitaires. En 1990-1991, il y avait 98 hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë, pour un total de 5 503 lits*. Le total des congés accordés était de 148 596 et le nombre de jours séparés s'élevait à 1 649 858.

Le Manitoba déclare en outre que sa situation se compare favorablement à la moyenne nationale pour ce qui est du nombre de médecins par résident. Des mesures d'incitation sont présentement appliquées afin d'attirer des médecins dans les régions rurales ou vers certaines spécialités où il y a pénurie de personnel qualifié; le Comité permanent de la main-d'oeuvre médicale continue d'étudier la question.

Paiements aux hôpitaux

Les paiements faits aux hôpitaux généraux publics de la province sont établis selon un budget tenant compte de tous les coûts raisonnables des services assurés.

Les dépenses totales de la Commission au chapitre des services hospitaliers se sont établies pour l'année financière 1990-1991 à 908 013 000 $. Cette somme se ventile comme suit : 2 050 000 $ versés à des hôpitaux fédéraux; 17 349 000 $ versés à des établissements sous contrat et aux services de transfusion de la Croix-Rouge; 18 479 000 $ versés à des hôpitaux de l'extérieur de la province; 852 841 000 $ versés à des hôpitaux généraux publics; et 17 294 000 $ versés à des centres de santé communautaire et des cliniques.

Mode de paiement des soins médicaux

Les paiements faits aux médecins de la province sont basés sur un barème d'honoraires faisant l'objet d'une négociation annuelle entre le gouvernement et l'Association médicale du Manitoba. Une loi abolissant la surfacturation est entrée en vigueur le 1er août 1985.

Rémunération raisonnable

L'entente d'honoraires de quatre ans entre le gouvernement manitobain et l'Association médicale du Manitoba est en vigueur du 1er avril 1990 au 31 mars 1994. Cette entente permet un arbitrage obligatoire et exécutoire pour résoudre les conflits reliés à la rémunération.

Au cours de 1990-1991, un total estimé à 255 000 000 $ a été versé à des médecins exerçant dans la province. Le régime a déboursé près de 2 500 000 $ pour les services médicaux dispensés à l'extérieur

---

*Le 31 mars 1991.

de la province (ce montant comprend seulement les paiements versés aux médecins et non ceux versés aux chiropraticiens et aux optométristes)*.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

Le ministère de la Santé du Manitoba administre le Programme de soins continus. Il s'agit d'un programme qui fournit, dans l'ensemble de la province, des services professionnels de soins à domicile ainsi que divers services d'aide. La plupart des services que reçoivent les clients dans le cadre de ce programme sont dispensés par des travailleurs qui fournissent les services directement aux patients et qui sont employés par les bureaux régionaux du ministère. Certains de ces services sont dispensés à contrat par certains organismes, comme les infirmières de l'Ordre de Victoria et les Services de thérapie communautaires. Outre les services de soins à domicile, c'est également dans le cadre de ce programme que sont évalués les clients en vue de leur placement en établissement au sein des services de soins prolongés.

Les établissements de soins personnels sont financés par le biais du ministère de la Santé du Manitoba qui est responsable de leur émettre un permis. Les services fournis aux personnes résidant dans des établissements de soins personnels sont assurés par le régime de l'assurance-maladie du Manitoba. Les clients de ces établissements paient des frais quotidiens d'hébergement.

Les établissements de soins en résidence sont des institutions privées; toutefois, le ministère des Services aux familles est responsable de leur émettre un permis et de les réglementer. Les personnes voulant s'inscrire dans ces établissements pour personnes âgées et handicapées doivent fournir au coordonnateur des ressources régionales des renseignements permettant d'évaluer leurs capacités fonctionnelles.

D'autres programmes de soins complémentaires de santé sont offerts par le Programme de soins continus, par exemple, les programmes à domicile d'oxygénothérapie, d'antibiothérapie par voie intraveineuse, de ventilation, de fourniture et d'équipement pour soins à domicile, pour ostomisés et de dialyse à domicile.

---

*Depuis le 1er avril 1990, on n'inclut plus dans ce rapport la liste des services médicaux et les coûts découlant des services qu'offrent les médecins des autres provinces canadiennes en vertu de l'accord réciproque aux résidents du Manitoba.

SASKATCHEWAN

GESTION PUBLIQUE

Régime d'assurance-hospitalisation

La Direction générale des services hospitaliers du ministère provincial de la Santé assure la gestion à but non lucratif du régime provincial des services hospitaliers, le *Hospital Services Plan*. Le ministère de la Santé est responsable devant le gouvernement provincial par l'intermédiaire du ministre de la Santé de la Saskatchewan.

Régime de soins médicaux

Avant le 1er janvier 1988, le régime provincial de soins médicaux, le *Medical Care Insurance Plan*, était administré sans but lucratif par la Commission d'assurance-maladie de la Saskatchewan, la *Medical Care Insurance Commission*. Cette Commission relevait du gouvernement provincial par l'intermédiaire du ministre de la Santé de la Saskatchewan.

Depuis le 1er janvier 1988, le ministre de la Santé de la Saskatchewan a été chargé de la gestion du *Medical Care Insurance Plan*. Les activités administratives du régime ont été intégrées à la Direction générale des soins médicaux du ministère provincial de la Santé.

INTÉGRALITÉ

Régime d'assurance-hospitalisation

Par l'entremise du régime provincial des services hospitaliers, les hôpitaux offrent un éventail complet de services hospitaliers assurés, notamment : l'hébergement en salle commune; les services infirmiers nécessaires; l'usage des salles d'opération et d'accouchement; les pansements et plâtres ainsi que d'autres fournitures et matériaux chirurgicaux; les services de radiographie, les services de laboratoire et les autres services diagnostiques; les services de radiothérapie; les anesthésiques et l'usage des installations d'anesthésie; les services de physiothérapie; tous les autres services offerts par des personnes faisant partie du personnel rémunéré de l'hôpital; et tous les médicaments, les substances biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital et approuvés par le Ministre.

Les services non assurés dans le cadre du régime des services hospitaliers, qu'ils soient offerts dans la province ou à l'extérieur de celle-ci, comprennent : les soins complémentaires dans la province; l'hébergement en chambre privée ou semi-privée au choix du patient; les services de personnes ne faisant pas partie du personnel de l'hôpital; les soins de garde, qu'ils soient offerts à l'hôpital ou au domicile du patient, et les soins et les traitements offerts dans des établissements spécialisés avant tout dans le traitement des troubles mentaux ou nerveux; les traitements de chirurgie esthétique, sauf certaines exceptions; certains médicaments, substances biologiques et préparations connexes; les frais de déplacement (services d'ambulance), sauf les déplacements entre hôpitaux dans une même ville de la province; les services fournis à l'extérieur du Canada pour le traitement du cancer et faisant appel à des médicaments de traitement ou à des interventions non approuvés au Canada; et enfin, les médicaments et appareils que les patients emportent à domicile.

Le régime ne sert pas seulement au financement des services hospitaliers assurés, mais aussi, directement ou par l'entremise de subventions aux hôpitaux, à celui d'une variété d'autres organismes, programmes et activités dont : la Fondation du cancer de la Saskatchewan; la Société canadienne de

la Croix-Rouge; les cliniques communautaires; les services d'ostéopathie; et les installations de physiothérapie.

Les médicaments d'ordonnance requis hors de l'hôpital sont admissibles au titre du programme de prestations à frais partagés de la Direction générale des médicaments d'ordonnance de la Saskatchewan.

Les prestations complémentaires comprennent les frais imputés aux patients pour le transport médical d'urgence (les services d'ambulances terrestres et les services gouvernementaux d'ambulances aériennes).

Régime de soins médicaux

Une gamme complète de services assurés est fournie par les médecins et les dentistes.

Les services non assurés dans le cadre du régime provincial des soins médicaux comprennent : les services assurés en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* ou d'autres lois fédérales ou provinciales; les frais de déplacement; les conseils donnés par téléphone; les traitements chirurgicaux exécutés à des fins esthétiques, sauf certaines exceptions; les rapports ou certificats médicaux; les lunettes; les vaccinations de groupe; les services qu'un médecin se dispense à lui-même ou aux personnes dont il a la charge; l'acupuncture; la fécondation *in vitro*; et les examens psychiatriques ou physiques faits aux fins d'emploi, d'assurance, de poursuites judiciaires, etc.

En plus des services de santé assurés de base, la province offre également un programme d'assurance-médicaments; un programme de soins dentaires pour les enfants; un programme de prothèses auditives; un programme de mesures d'aide de la Saskatchewan pour assurer une existence autonome, qui prévoit le prêt de matériel et d'appareils médicaux aux personnes handicapées; et assure les services fournis par les chiropraticiens, les optométristes et les chiropodistes.

UNIVERSALITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

En vertu de la loi et des règlements de l'assurance-hospitalisation de la Saskatchewan, les *Saskatchewan Hospitalization Act and Regulations*, tous les assurés ont droit aux services couverts par les régimes. Ne sont admissibles aux services médicaux assurés que les résidents de la province, c'est-à-dire les personnes légalement autorisées à rester au Canada, qui sont domiciliées et qui résident ordinairement dans la province, ou encore toutes les personnes déclarées être des résidents par le lieutenant-gouverneur en conseil. Pour être admissibles aux prestations, les résidents n'ont qu'à s'inscrire au régime. Aucune prime n'est exigée.

Ne sont pas admissibles aux prestations : les étudiants d'une autre province ou d'un territoire qui sont admissibles ou qui ont droit à des services dans leur province ou territoire; les membres de la Gendarmerie royale du Canada; les membres de l'effectif régulier des Forces armées canadiennes et les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans un pénitencier fédéral.

TRANSFÉRABILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Les personnes célibataires sont admissibles aux services assurés à partir du premier jour du troisième mois qui suit leur arrivée en Saskatchewan. Les personnes mariées sont assurées dès le premier jour de leur arrivée ou de l'arrivée de leur conjoint en Saskatchewan, suivant la date qui est la plus tardive.

Sont admissibles aux services de santé assurés, sans délai de résidence : les membres libérés des Forces armées canadiennes; les membres de la Gendarmerie royale du Canada qui quittent leurs fonctions; les prisonniers libérés sur parole ou remis en liberté après avoir purgé leur peine dans un pénitencier; les personnes purgeant une peine d'emprisonnement dans une prison provinciale; les immigrants reçus; les personnes hospitalisées dans un hôpital ou dans un établissement psychiatrique; et les personnes visées par la loi de l'assistance de la Saskatchewan, la *Saskatchewan Assistance Act*.

Tout résident continue d'être admissible au régime pendant les périodes d'absence temporaire de la province sous réserve des conditions suivantes : il est physiquement présent en Saskatchewan pendant au moins six mois chaque année (quatre mois, avant février 1991); il fréquente à temps plein un établissement d'enseignement situé à l'extérieur de la province et a l'intention de reprendre résidence en Saskatchewan dans les 60 jours suivant la fin de ses études; il occupe un emploi à l'extérieur du Canada en vertu d'une entente contractuelle pour une période n'excédant pas 24 mois et a l'intention de retourner vivre en Saskatchewan une fois la période visée par le contrat terminée; il est ordinairement physiquement présent en Saskatchewan mais en est temporairement absent pendant une période ne dépassant pas 12 mois consécutifs, pour des raisons de vacances, de visite, d'affaires ou d'emploi.

Paiement des services dispensés au Canada

Le régime d'assurance-hospitalisation prévoit le paiement des services hospitaliers assurés au taux de la province ou du territoire d'accueil où ce service est fourni. Les hôpitaux de l'extérieur de la Saskatchewan utilisent une formule de réclamation uniforme pour facturer leurs services au régime d'assurance-hospitalisation de leur province, par le truchement duquel les services en question sont ensuite facturés à la Direction générale des services hospitaliers.

La Direction générale des soins médicaux rembourse, en vertu de l'entente de facturation réciproque, le coût des services médicaux assurés offerts dans les autres provinces, à l'exception du Québec. Les médecins de l'extérieur de la province s'adressent directement au régime de leur province en ce qui concerne la facturation des services offerts aux résidents de la Saskatchewan. Les factures sont envoyées de façon périodique à la Direction générale des soins médicaux de la Saskatchewan afin d'être acquittées.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les frais pour les traitements reçus à l'extérieur du Canada ne sont remboursés que si les services assurés sont dispensés dans des hôpitaux généraux reconnus par l'organisme officiel de réglementation. Le paiement maximal versé par jour-patient ne dépassera pas le tarif quotidien moyen en vigueur l'année précédente dans les hôpitaux de Regina et de Saskatoon. Le tarif pour l'année financière qui allait du 1er avril 1990 au 31 mars 1991 était de 389 $ par jour. En 1990-1991, on a rajusté le barème des paiements et on a limité le paiement maximum au niveau du montant approuvé dans le cadre de

la facturation réciproque des provinces (sauf pour les visites générales à la clinique externe, dans quel cas on permet un montant deux fois égal au taux permis par le biais de la facturation réciproque).

Si des organismes désignés relevant du ministère de la Santé de la Saskatchewan ont autorisé un bénéficiaire à recevoir un traitement à l'extérieur du Canada parce que de tels services ne sont pas offerts en Saskatchewan, le régime remboursera tous les frais jugés équitables et raisonnables, y compris la différence due au change de la monnaie étrangère. Les paiements ne seront versés que pour les services hospitaliers assurés qui ont été reçus.

Les bénéficiaires peuvent verser eux-mêmes le paiement requis pour les services reçus ou demander que ces derniers soient facturés à la Direction générale des services hospitaliers.

Les services médicaux sont payés par la Direction générale des soins médicaux selon le taux approuvé en Saskatchewan. Ce montant peut être versé au patient ou au médecin, une fois que les documents requis sont fournis à la Direction générale.

Les résidents peuvent être couverts exceptionnellement par le régime pour les services médicaux non offerts en Saskatchewan, sous réserve que la Direction générale des soins médicaux ait reçu à l'avance un avis à cet effet de la part d'un médecin spécialiste. La Direction générale doit convenir que les services en question ne sont pas disponibles dans la province. Les paiements sont établis à un taux jugé juste et raisonnable.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les résidents qui élisent domicile, de façon permanente, à l'extérieur de la province ou du Canada continuent d'être admissibles au régime pendant le reste du mois au cours duquel s'effectue le déménagement, ainsi qu'au cours des deux mois qui suivent.

ACCESSIBILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

La Saskatchewan est d'avis que les résidents de la province ont un accès raisonnable aux services hospitaliers et aux soins médicaux.

En 1990-1991, la province comptait 133 hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë, pour un total de 7 273 lits. Le nombre de patients admis au cours de l'année financière totalisait 221 424 et le nombre de jours-patients se chiffrait à 1 606 142. Les services hospitaliers ne font l'objet d'aucuns frais modérateurs. La province compte 1 144 médecins en activité. Depuis août 1985, toute surfacturation par les médecins, les dentistes, les chiropraticiens et les optométristes est interdite.

Paiements aux hôpitaux

La loi autorise le ministre de la Santé à faire des paiements aux hôpitaux. Le régime prévoit le versement de paiements semi-mensuels établis sur la base du coût estimatif raisonnable des services assurés fournis par chaque hôpital au cours de l'année financière.

Au cours des 12 mois se terminant le 31 mars 1991, un montant total de 557 361 144 $ a été versé aux hôpitaux de la province pour les services hospitaliers et 72 914 664 $ pour les services de consultation

externe. En raison des ententes réciproques, les hôpitaux de la Saskatchewan ont reçu 8 365 807 $ pour les services hospitaliers et de consultation externe dispensés à des résidents d'autres provinces. En 1990-1991, la Saskatchewan a versé un montant de 36 949 395 $ pour les services de santé assurés dispensés à ses résidents à l'extérieur de la province.

Mode de paiement des soins médicaux

Le paiement des services médicaux et dentaires assurés se fait suivant une formule de rémunération à l'acte, conformément au barème des honoraires et aux règlements d'évaluation de la Direction générale des soins médicaux.

Rémunération raisonnable

Les dispositions législatives adoptées prévoient, notamment, une méthode d'établissement d'une rémunération raisonnable pour les médecins. En vertu de ces nouvelles mesures, le ministre de la Santé et l'Association médicale de la Saskatchewan doivent mettre en place un comité de révision sur la rémunération des médecins, dont les membres sont nommés. Ce comité doit essayer d'en venir à une entente sur la somme qui doit être disponible pendant la période d'application de l'entente et sur les ajustements à apporter aux taux généraux des paiements au titre des services médicaux assurés tels qu'ils sont établis dans le barème des paiements des soins médicaux. Par ailleurs, les mesures législatives prévoient une Commission d'enquête sur la rémunération des médecins, qui sert de groupe d'arbitrage advenant l'impossibilité pour le Comité d'en arriver à une entente.

Au cours de 1990-1991, 238,2 millions de dollars ont été versés aux médecins exerçant dans la province. La Direction générale a déboursé près de 12,1 millions de dollars pour les services médicaux dispensés à l'extérieur de la province.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

La Direction générale des soins continus du ministère de la Santé de la Saskatchewan finance toute une gamme de programmes de soins et de services d'aide à domicile, en plus d'accorder des subventions de fonctionnement aux foyers de soins spéciaux.

Le programme de soins à domicile fournit des évaluations et la coordination des soins, des repas, des soins infirmiers, des services d'aides familiales et d'entretien ménager, ainsi qu'une gamme de services de bénévoles. Les programmes d'aide communautaire comprennent des programmes de jour pour adultes et des programmes de services de répit.

Les foyers de soins spéciaux fournissent des soins aux adultes qui ne requièrent pas de soins aigus, mais qui ont besoin de plus de soins ou de surveillance qu'ils n'en ont dans leurs foyers. Des foyers de soins personnels (privés) pour personnes âgées fournissent également des soins en établissement. Des mesures législatives en vue de l'agrément et de la surveillance de ces établissements dans la province ont été votées en août 1989, mais n'ont pas été proclamées en attendant la finalisation des règlements qui devrait avoir lieu en 1991.

ALBERTA

GESTION PUBLIQUE

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation, le *Hospitalization Benefits Plan*, et le régime d'assurance-maladie, le *Health Care Insurance Plan*, sont gérés sans but lucratif. Le ministre de la Santé est responsable des deux régimes et les comptes sont vérifiés chaque année par le Vérificateur général.

INTÉGRALITÉ

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services hospitaliers assurés en vertu du régime provincial englobent : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques, ainsi que les interprétations nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes administrés à l'hôpital, sauf s'ils ne sont pas considérés comme médicalement nécessaires au traitement du malade; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie, ainsi que le matériel et les fournitures nécessaires, là où elles existent; l'usage des installations de radiothérapie, d'ergothérapie, d'orthophonie, d'oxygénothérapie, de thérapie psychiatrique et de physiothérapie dispensés aux malades hospitalisés et externes, si ces services sont disponibles; les services fournis par les personnes rémunérées par l'hôpital; l'hébergement en chambre semi-privée ou privée lorsque cette mesure se justifie pour des raisons médicales; les soins infirmiers privés, lorsque ceux-ci sont prescrits par le médecin traitant et approuvés conformément aux règlements de l'hôpital; les stimulateurs cardiaques, les plaques et les broches en acier, les prothèses articulaires, les implants valvulaires et toute autre fourniture approuvée par le Ministre; le transport entre hôpitaux, par ambulance ou tout autre véhicule commercial, des malades hospitalisés en Alberta; les fournitures et services servant à la consultation externe y compris les fournitures utilisées dans le traitement médical; et les médicaments, enzymes et suppléments alimentaires distribués aux personnes atteintes de fibrose kystique par des cliniques situées à Edmonton et à Calgary.

Les services hospitaliers non assurés englobent : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la télévision, le téléphone; les médicaments emportés au domicile, les appareils et produits biologiques; les services infirmiers privés; le transport des patients externes entre hôpitaux; les membres artificiels et autres appareils prothétiques externes; les examens à la demande d'un tiers.

Le ministère de la Santé administre le programme de fissure palative ou labiale, [illegible] programme de fibrose kystique et finance le programme de dépistage précoce du cancer du sein.

Régime de soins médicaux

Les services de santé assurés en vertu du régime de soins médicaux englobent tous les services qui sont dispensés par des médecins et prévus par les règlements, les *Medical Benefits Regulations*, et les services de chirurgie buccale fournis par un chirurgien dentiste dans les cas prévus par les règlements.

Les services non assurés en vertu du régime englobent : les services médico-légaux; les rapports ou certificats médicaux; les consultations téléphoniques; les examens requis par un tiers, afin d'obtenir un permis de conduire (à l'exception de ceux exigés par la *Loi pour les personnes âgées* avant leur

75e anniversaire et ceux mentionnés ci-après), à des fins d'emplois, pour les écoles, les camps d'été, les assurances et autres à d'autres fins semblables; les services auxquels un résident a droit ou est admissible en vertu d'une loi d'une autre province ou d'un territoire, d'une loi ayant trait aux accidents de travail ou d'une loi fédérale; les services non fournis par un médecin ou sous la surveillance de celui-ci; tous les services fournis par un médecin qui sont jugés comme étant «non médicalement nécessaires» ou classés expérimentaux; les médicaments, les plâtres et les pansements spéciaux; le coût du transport des patients ou des médecins; les frais encourus par un médecin en raison de la distance et du temps de déplacement; les soins dentaires courants, les dentiers, les lunettes, les prothèses auditives, les fournitures médicales et chirurgicales; et les services rendus par un psychologue clinicien.

En plus des services médicaux et dentaires assurés, le régime d'assurance-maladie prévoit une certaine protection pour des services complémentaires en vertu du *Basic Health Services Program*, notamment les services de chiropractie, de physiothérapie, d'optométrie et de podiatrie. Le régime couvre également l'hospitalisation des résidents de l'Alberta à l'extérieur de la province et les services complémentaires de santé ainsi que les services offerts par la Croix Bleue aux résidents individuels admissibles.

Tous les résidents inscrits, de façon optionnelle, ont droit au régime individuel de la Croix Bleue, à condition que les primes requises soient payées. Ce régime prévoit une couverture supplémentaire pour les médicaments, les soins dentaires par suite d'un accident, le transport par ambulance, les services d'un psychologue clinicien agréé, les soins infirmiers à domicile, les fournitures et les soins à l'hôpital.

Le programme de prestations complémentaires de santé prévoit une couverture supplémentaire pour les lunettes et pour les fournitures et soins dentaires fournis aux résidents de 65 ans et plus, à leurs conjoints, aux personnes à leur charge, ainsi qu'aux veufs et aux veuves admissibles de 55 à 64 ans et aux personnes à leur charge. Les personnes admissibles à ce programme de prestations complémentaires ont droit à la couverture de base et à la couverture de la Croix Bleue, sans versement de primes.

Le programme d'aide pour les actes ordinaires de la vie, le *Alberta Aids to Daily Living Program*, avec la coopération des organismes chargés de l'autorisation et des vendeurs, a pour but d'aider les personnes atteintes d'incapacités ou de maladies chroniques et les personnes en phase terminale à obtenir certaines fournitures et certains équipements médicaux de base qui leur permettront d'accroître leur autonomie à la maison ou dans un milieu qui leur est familier. Voici quelques exemples de fournitures et d'équipements offerts dans le cadre de ces programmes : fournitures médicales et chirurgicales, services d'oxygénothérapie, aides de marche, prothèses auditives, fauteuils roulants et accessoires.

Le Programme d'ambulance aérienne d'urgence, le *Emergency Air Ambulance*, couvre les coûts pour le transport d'urgence des résidents partout en Alberta ou hors de la province, afin qu'ils puissent recevoir le niveau de service requis, quand celui-ci est prescrit par un médecin.

UNIVERSALITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Tous les résidents de l'Alberta, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux, ont droit à la protection en vertu du régime d'assurance-hospitalisation à condition d'être inscrits auprès du Ministre. Toutefois,

si le Ministre découvre un résident non inscrit, il peut l'inscrire ainsi que les personnes à sa charge. Le fait d'être inscrit permet au résident d'être admissible aux services médicaux et hospitaliers assurés.

Bien que le régime en vigueur en Alberta prévoit le versement de primes, aucun résident de la province ne se voit refuser les services en raison de son incapacité de payer les primes. L'accessibilité aux services n'est pas liée aux versements des primes. Le régime d'assurance-maladie applique un programme d'exonération totale ou partielle des primes à l'intention des résidents qui éprouvent des difficultés financières, de même qu'une exonération totale des primes à l'intention des personnes âgées et de leurs conjoints, des veufs et veuves âgés de 55 à 64 ans admissibles en vertu de la *Widows Pension Act*; à l'intention des bénéficiaires de certains programmes d'allocations sociales, correctionnels ou de santé mentale et à l'intention des personnes à charge des bénéficiaires de cette exonération.

TRANSFÉRABILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Le délai minimal de résidence pour avoir droit aux services assurés en vertu du régime d'assurance-hospitalisation ne dépasse pas trois mois.

La participation au régime dès le premier jour est prévue pour les immigrants reçus, les Canadiens revenant au pays, les membres libérés de la Gendarmerie royale du Canada ou des Forces armées, les détenus libérés d'un pénitencier fédéral et certaines personnes désignées, provenant de l'extérieur du Canada, qui se sont établies en Alberta.

Un résident temporairement absent de la province en raison de vacances, visite ou voyage d'affaires est admissible aux prestations pourvu que son absence ne dépasse pas une période de 12 mois consécutifs. Un résident en congé d'études est admissible aux prestations pendant toute la durée de son absence temporaire jusqu'à concurrence de 24 mois consécutifs. Un résident employé par un organisme religieux de charité enregistré, tel un missionnaire, a droit aux prestations pendant la durée de son absence temporaire jusqu'à concurrence de 48 mois consécutifs.

Pour les étudiants inscrits à temps plein dans un établissement d'enseignement agréé, la couverture est maintenue pendant cette absence temporaire.

Quelle que soit la raison de leur absence temporaire, les résidents sont tenus d'aviser le régime d'assurance-santé aussitôt qu'il apparaît que le traitement, qui fait suite à un accident ou à une maladie, risque de dépasser trois mois.

Paiement des services dispensés au Canada

Le paiement des services hospitaliers assurés dispensés aux bénéficiaires de l'Alberta est effectué selon le taux approuvé par le régime d'assurance-hospitalisation de la province ou du territoire où ils sont fournis, à moins que le Ministre n'ait conclu une entente avec le gouvernement d'une province ou d'un territoire relativement à une répartition différente des coûts entre l'Alberta et la province ou le territoire visé.

Pour toutes les provinces et les territoires, à l'exception du Québec, les paiements des services médicaux assurés fournis aux résidents admissibles ailleurs au Canada sont effectués au taux de la

province ou du territoire d'accueil. Pour les services médicaux reçus au Québec par les résidents de l'Alberta, les paiements sont effectués en vertu des taux en vigueur en Alberta.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Pour les fournitures et services dispensés aux malades hospitalisés et externes, l'Alberta verse aux hôpitaux le moins élevé des deux montants suivants : a) les taux établis périodiquement par le Ministre, ou b) les taux facturés par l'hôpital ou l'établissement pour les fournitures et les services. Lorsqu'il fixe les taux, le Ministre peut tenir compte de l'importance de l'hôpital, de la qualité des services, du type d'hôpital et de tout autre facteur pertinent.

Les tarifs *per diem* payés par l'Alberta pour les soins hospitaliers fournis aux malades hospitalisés sont de 280 $ pour les soins primaires, de 365 $ pour les soins secondaires et de 570 $ pour les soins tertiaires et les soins spécialisés. Le tarif normalisé par visite pour les patients externes est de 100 $.

Lorsqu'un résident de l'Alberta quitte temporairement le Canada, le régime paie les services des médecins jusqu'à concurrence du montant maximal prévu par l'*Alberta Schedules of Benefits*.

Il existe deux programmes pour aider les Albertains à défrayer les coûts des soins médicaux et des services hospitaliers assurés qui sont fournis à l'extérieur de l'Alberta, soit le *Out-of-Province Supplementary Assistance Program* et le *Emergency Financial Assistance Program*.

Le *Out-of-Province Supplementary Assistance Program* s'applique quand un patient de l'Alberta est dirigé ailleurs au Canada par un médecin albertain pour des soins médicaux assurés non disponibles en Alberta, ou à l'étranger si ces services ne sont pas disponibles au Canada.

Le programme couvre les frais encourus pour les soins médicaux et les services hospitaliers assurés. Les frais de déplacement (retour) des personnes par voie aérienne au Canada et aux États-Unis (région continentale) peuvent également être couverts.

Dans le cadre du *Emergency Financial Assistance Program*, un résident temporairement absent de la province peut demander une aide exceptionnelle pour payer des soins médicaux et des services hospitaliers assurés imprévus. Le programme ne s'applique que dans les cas suivants :

a) les cas urgents qui ne peuvent pas être raisonnablement prévus et évités,

b) les soins sont d'un coût excessif qui dépasse le montant assuré par les régimes d'assurance-maladie et d'assurance-hospitalisation de l'Alberta et représente un fardeau financier pour le résident.

L'*Emergency Financial Assistance Program* n'est pas destiné à remplacer l'assurance-santé supplémentaire qui fournit une couverture additionnelle pour les voyages ou autres absences de l'Alberta.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Un résident qui quitte l'Alberta en vue de s'établir de façon permanente dans une autre province ou dans un territoire du Canada continue d'être assuré pendant la période commençant le jour où il cesse de résider en Alberta et se terminant le dernier jour du deuxième mois qui suit le mois d'arrivée dans la province ou le territoire choisi, à moins que la période ne soit prolongée par le Ministre dans des circonstances particulières.

Un résident de l'Alberta qui élit domicile, de façon permanente, à l'extérieur du Canada a droit de continuer d'être protégé en vertu du régime, à condition que le Ministre en soit avisé, pendant une période de un, deux ou trois mois après son départ de l'Alberta, selon la décision du Ministre, à moins que la période ne soit prolongée par le Ministre en raison de circonstances particulières.

Un résident qui s'établit de façon permanente à l'étranger ne peut continuer à bénéficier de la protection du régime tant qu'il n'a pas acquitté toutes les primes en souffrance de même que toutes les primes exigibles pour la période en cours.

ACCESSIBILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Afin d'assurer un accès raisonnable aux services hospitaliers, l'Alberta comptait en 1989-1990*, 128 hôpitaux publics pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë et 38 hôpitaux auxiliaires dans toute la province. Ces hôpitaux ont une capacité de 12 911 lits pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë et de 5 593 lits auxiliaires. Le nombre total de lits pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë et de lits auxiliaires (18 504) donne un rapport de 7,52 lits pour 1 000 résidents. Un *per diem* de 16 $ était imposé depuis juillet 1990 (ce montant sera augmenté à 17,80 $ le 1er octobre 1991) dans les hôpitaux auxiliaires en ce qui a trait à l'hébergement en salle commune. Cette pratique est compatible avec les exigences énoncées au paragraphe 19(2) de la *Loi canadienne sur la santé*.

Les résidents ont accès aux établissements de soins de santé de toute la province. Les professionnels de la santé ont une excellente formation et les normes sont respectées de façon rigoureuse. Pour assurer un accès raisonnable aux services médicaux, la province a établi un programme d'incitation à l'intention des médecins afin de les encourager à s'établir dans les régions où il existe une pénurie de services. De mars 1990 à mars 1991, le nombre de médecins qui pratiquent en Alberta est passé de 3 977 à 4 111, soit une augmentation de 3,37 p. 100. Le nombre de services médicaux pratiqués dans la province est passé de 28 531 275 en 1990 à 31 093 396 en 1991, ce qui représente une augmentation de 8,98 p. 100.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux sont financés principalement au moyen de budgets globaux. Les hôpitaux qui demandent des fonds additionnels doivent soumettre une demande au ministre de la Santé de l'Alberta en fournissant des détails concernant le montant demandé et les raisons qui justifient cette demande de fonds supplémentaires. Le Ministre étudie chaque demande de façon très détaillée.

En 1990-1991, le total estimatif des versements (pour les dépenses de fonctionnement et d'immobilisations) aux hôpitaux de la province (hôpitaux de soins actifs et auxiliaires) s'élevait à 2,07 milliards de dollars, tandis que les dépenses liées aux services hospitaliers fournis à l'extérieur de l'Alberta atteignaient 36,4 millions de dollars pour la même période.

---

*Les données de 1990-1991 portant sur le nombre d'hôpitaux et de lits ne sont pas disponibles pour l'instant.

Mode de paiement des soins médicaux

Les médecins sont rémunérés à l'acte. Les omnipraticiens peuvent facturer le régime ou le patient. On a mis fin à la surfacturation en Alberta le 1er octobre 1986.

Rémunération raisonnable

L'entente d'honoraires en vigueur entre le gouvernement albertain et l'Association médicale de l'Alberta s'étend du 1er avril 1989 au 31 mars 1992.

En 1990-1991, le paiement total pour les services dispensés par les médecins de l'Alberta a été de 747 982 237 $, tandis que le montant versé pour les services médicaux offerts aux résidents de l'Alberta à l'extérieur de la province s'élevait à environ 13,2 millions de dollars.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

Les centres d'accueil de l'Alberta offrent des soins personnels, sociaux et sanitaires aux résidents de l'Alberta qui ne sont pas en assez bonne santé pour demeurer dans des foyers ou des établissements privés, comme les résidences pour personnes âgées, mais qui ne sont pas assez malades pour être soignés dans un hôpital de soins actifs ou de soins auxiliaires (comme les établissements de soins pour malades chroniques).

Outre les services complémentaires de santé offerts dans les établissements susmentionnés, le ministère de la Santé administre le Programme d'aide pour les actes ordinaires de la vie, le *Alberta Aids to Daily Living*, et le Programme de soins à domicile, le *Home Care Program*, afin d'aider les personnes qui ont besoin de ces services à demeurer le plus longtemps possible dans leurs propres foyers et dans leurs collectivités.

Le *Home Care Program* offre des services à 19 000 résidents par mois par l'intermédiaire de 27 unités sanitaires à travers la province. Ces services comprennent des soins infirmiers et personnels, des services d'aides familiales et toute une gamme de services facultatifs comme les services de repas, de physiothérapie et d'ergothérapie. Près de 68,5 p. 100 des services de soins à domicile sont octroyés à des personnes âgées de 75 ans et plus.

La Direction des soins à domicile et des soins prolongés dans la collectivité et la Direction générale des établissements de soins prolongés du ministère de la Santé ont créé un système de seul point d'entrée aux services de soins prolongés. Toutes les régions de l'Alberta ont complété la plupart des étapes du projet en vue de l'établissement d'un seul point d'entrée.

COLOMBIE-BRITANNIQUE

GESTION PUBLIQUE

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le régime d'assurance-hospitalisation, le *Hospital Insurance Plan*, est géré sans but lucratif par la *Hospital Care Division* du ministère de la Santé. La Division est responsable devant le gouvernement provincial de la gestion du régime.

Le régime de soins médicaux, le *Medical Services Plan*, de la Colombie-Britannique est géré sans but lucratif par la *Medical Services Commission*, un organisme public créé en vertu de la loi. La Commission rend compte au gouvernement provincial de la gestion du régime.

Les comptes de la *Hospital Care Division* et de la *Medical Services Commission*, ainsi que leurs opérations financières, sont vérifiés par le Vérificateur général de la Colombie-Britannique.

INTÉGRALITÉ

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services assurés suivants sont fournis par les hôpitaux : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire et de radiologie et les interprétations nécessaires ainsi que tout autre service diagnostique approuvé par le Ministre; les médicaments approuvés en clinique, les produits biologiques, fournitures médicales et préparations connexes lorsqu'ils sont administrés dans un hôpital général spécifié dans la *Hospital Insurance Act*; les fournitures chirurgicales courantes; l'usage des salles d'opération et des salles d'accouchement; le matériel et les fournitures d'anesthésie; l'usage des installations de radiothérapie et de physiothérapie, là où elles existent; et autres services approuvés par le Ministre et dispensés par des personnes rémunérées à cette fin par l'hôpital. Les personnes admissibles qu'il n'est pas nécessaire d'hospitaliser peuvent recevoir des traitements d'urgence pour certaines blessures ou des services de salle d'opération ou d'urgence pour des interventions mineures et les soins de jour de chirurgie, y compris l'application et l'enlèvement des plâtres.

Les prestations de consultation externe comprennent : les services de dialyse rénale en consultation externe dans des hôpitaux désignés ou dans d'autres établissements approuvés; les services de soins de jour pour diabétiques dans les hôpitaux désignés; les services conseils de diététique pour patients externes dans des hôpitaux avec des diététicien(ne)s qualifié(e)s; les services psychiatriques pour patients externes et les services de soins de jour; les services de soins de jour de physiothérapie et de réadaptation pour patients externes; et la thérapie pour le cancer et les services de cytologie.

Les médicaments emportés à domicile et certains médicaments fournis à l'hôpital ne sont pas assurés, sauf ceux qui sont fournis en vertu du programme de services pharmaceutiques, le *Pharmacare Program*. Les services suivants sont également exclus de la *Hospital Insurance Act* : les services diagnostiques de consultation externe; les services fournis par le personnel médical non employé par l'hôpital; les traitements pris en charge par la Commission des accidents du travail, le ministère des Anciens combattants ou tout autre organisme; le transport à l'hôpital et de l'hôpital; la fécondation *in vitro*; la réversion transsexuelle; la chirurgie plastique pour des raisons purement esthétiques; et le rétablissement de la fécondité. Parmi les services hospitaliers non assurés, on retrouve également : l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient; la télévision; le téléphone; et les services infirmiers privés.

Régime de soins médicaux

Le régime de soins médicaux couvre tous les services médicaux nécessaires fournis par les médecins ainsi que les services de chirurgie dentaire lorsque ceux-ci doivent être absolument dispensés dans un hôpital par un chirurgien dentiste. Les grandes catégories de services assurés comprennent : les consultations; les examens complets; les visites à domicile; la chirurgie mineure et majeure; les services obstétriques; l'assistance chirurgicale; l'anesthésie; les techniques diagnostiques et thérapeutiques; les services spéciaux et divers; et autres interventions effectuées au cabinet ou à l'hôpital par un médecin ou un dentiste.

Les services suivants ne sont pas assurés : les services assurés en vertu de la *Loi sur les accidents de travail* ou d'une autre loi provinciale, territoriale ou fédérale; la fourniture de prothèses non implantées; les orthèses; les médicaments brevetés; toute demande d'examen ou de certificat médical faite par un tiers; la chirurgie buccale réalisée dans un cabinet de dentiste; l'acupuncture; les immunisations de groupe; les conseils donnés par téléphone; le rétablissement de la fécondité; la fécondation *in vitro*; les services médico-légaux; les services dispensés à des fins esthétiques; et les services conseil de médecine préventive, par exemple, les programmes de tabagisme.

En plus des services de santé assurés de base, la province offre également des services de chirurgie buccale et d'orthodontie pour les patients âgés de 20 ans et moins qui ont une fissure labiale ou une fente palatine ou présentent des malformations congénitales du visage; et, avec certaines restrictions, les services de chiropraticiens, de naturopathes, d'optométristes, d'orthoptistes, de physiothérapeutes, de massothérapeutes et de podiatres.

La province offre également un programme de services pharmaceutiques, le *Pharmacare program*, qui fournit le remboursement intégral ou partiel des médicaments prescrits désignés, des fournitures pour stomisés et mastectomisées, des appareils prothétiques et les orthèses pour les enfants de 19 ans et moins, des aiguilles et des seringues pour les diabétiques insulino-dépendants, ainsi que les bandelettes pour la mesure de la glycémie pour les diabétiques détenteurs d'un certificat de formation reconnu par un centre de formation.

Les services d'ambulances sont fournis dans la province par le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique par l'entremise de la Commission des services de santé d'urgence, la *Emergency Health Services Commission*. Le patient paie une somme nominale.

UNIVERSALITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Tous les résidents qualifiés, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux, ont droit à la protection offerte par l'assurance-hospitalisation et les soins médicaux.

Il n'y a pas de primes pour le régime d'assurance-hospitalisation, mais il y a des frais quotidiens pour les soins hospitaliers prolongés. Ces frais sont rajustés quatre fois l'an en fonction des changements apportés au supplément de revenu des personnes âgées. Ces frais étaient de 21,70 $ à la fin de l'année financière.

Il n'est pas obligatoire de s'inscrire au régime de soins médicaux, mais le versement de primes est habituellement l'une des conditions auxquelles les résidents doivent satisfaire pour être admissibles aux prestations. Les personnes à faible revenu peuvent être admissibles à une réduction (il existe cinq

paliers) allant de 15 p. 100 à 95 p. 100 de la prime fixée. En outre, il peut être possible d'obtenir une protection rétroactive de quelques mois dans le cas des personnes qui étaient antérieurement inscrites au Régime mais dont les primes sont en souffrance, si les primes exigibles sont acquittées.

Les avantages sont uniformes pour tous les résidents; toutefois, les personnes à faible revenu ont droit à la subvention des primes, comme nous l'avons mentionné ci-dessus et au remboursement des frais de consultation pour les services complémentaires.

TRANSFÉRABILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Les personnes sont couvertes par les régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux après une période d'attente se terminant à minuit le dernier jour du deuxième mois de résidence dans la province.

Les détenus des pénitenciers fédéraux sont également protégés dès le premier jour de leur libération, de même que les membres libérés de la Gendarmerie royale du Canada et des Forces armées canadiennes. Toutefois, si ces derniers sont libérés en dehors de la province, un délai de carence est prévu.

Les personnes qui quittent la province temporairement pour prendre des vacances ou pour occuper un emploi temporaire bénéficient de la garantie pendant une période maximale de 12 mois, à condition que les primes requises soient payées. Les résidents peuvent prendre jusqu'à six mois de vacances annuelles pourvu qu'ils demeurent dans la province pendant six mois.

Les personnes qui maintiennent une deuxième résidence à l'extérieur de la province doivent résider en Colombie-Britannique au moins six mois par année afin de conserver leur droit à la protection du régime.

Les personnes qui étudient à l'étranger ou qui travaillent pour des organismes comme le SUCO ou l'ACDI peuvent avoir droit à la protection pendant des périodes maximales de cinq ans et de deux ans respectivement pendant qu'elles sont à l'extérieur de la province. Il n'y aura pas d'interruption de la protection, sous réserve du paiement des primes, pour les personnes qui reviennent dans la province avant l'expiration des avantages. Passé ce délai, les intéressés doivent attendre les trois mois requis.

Paiement des services dispensés au Canada

Les frais des services hospitaliers sont payés au taux de régime standard facturé par l'hôpital. En vertu de l'entente de facturation réciproque interprovinciale et interterritoriale, les médecins, à l'exception de ceux du Québec, facturent directement leurs régimes pour les services dispensés aux résidents admissibles de la Colombie-Britannique lorsque ceux-ci présentent leur carte valide du *Medical Services Plan*, la *CareCard*. La Colombie-Britannique rembourse la province ou le territoire au taux fixé en vertu du barème d'honoraires de la province ou du territoire où les services sont rendus.

Les services non urgents dispensés à l'extérieur de la province doivent être autorisés au préalable par le ministère de la Santé. Les paiements de ces services, sauf les services exclus, sont effectués en

vertu de l'entente de facturation réciproque interprovinciale et interterritoriale. Pour les services exclus, la province d'origine ou le territoire est facturé(e) directement.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Dans le cas des soins hospitaliers d'urgence dispensés aux malades hospitalisés, on rembourse aux malades le montant intégral des dépenses engagées, jusqu'à concurrence de 75 $ par jour (en dollars canadiens). Pour les soins médicaux d'urgence, les frais inhérents sont acquittés conformément au barème en vigueur pour les services dispensés dans la province.

Lorsqu'il ne s'agit pas de soins d'urgence et que le malade aurait pu être traité dans la province, celui-ci doit obtenir par écrit l'autorisation préalable de la *Hospital Care Division* pour l'hospitalisation, et de la *Medical Services Commission* pour les soins médicaux, afin d'avoir droit à la protection. Les services hospitaliers seront remboursés selon le taux moyen en vigueur dans les hôpitaux de la Colombie-Britannique, et les services médicaux conformément au barème des frais en vigueur dans la province.

Tout traitement autorisé non disponible dans la province est payé au taux habituel facturé à l'endroit où le traitement a été dispensé.

Déménagement permanent à l'extérieur de la province

Les personnes qui quittent la province pour établir leur résidence permanente ailleurs au Canada ou dans un autre pays sont protégées jusqu'à la fin du deuxième mois qui suit le mois du départ. Pour les déménagements interprovinciaux et interterritoriaux, les personnes peuvent se faire accorder une couverture supplémentaire, ne dépassant pas trois mois, pour des déplacements d'une durée raisonnable. Cette couverture additionnelle n'est pas disponible quand la personne déménage hors du pays.

ACCESSIBILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

La Colombie-Britannique déclare qu'il existe un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux. En 1990-1991, la province comptait 94 hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë ou de réadaptation (11 365 lits); quatre hôpitaux de réadaptation (428 lits); et un hôpital fédéral (12 lits) utilisés par des résidents et pour lequel la province acquitte le *per diem* pour les lits utilisés. Le nombre total de lits disponibles s'élevait à 11 805. En outre, on comptait 11 centres de diagnostic et de traitement et six postes de la Croix-Rouge.

Le nombre de patients admis dans des hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë et des hôpitaux de réadaptation au cours de l'année financière s'élevait à 436 850 et le nombre de jours-patients à 3 328 282.

La province offre également l'accès aux services de soins médicaux pour les patients ayant besoin de soins prolongés. En 1990-1991, 77 hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladie aiguë et de réadaptation (5 823 lits) et 13 hôpitaux spécialisés en soins prolongés (1 853 lits) offraient ces soins. Le nombre total de lits disponibles se chiffrait à 7 676.

Le nombre de patients et de résidents admis dans ces unités de soins au cours de l'année financière s'élevait à 6 943. Le nombre de services de jours-patients s'élevait à 2 725 717.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux reçoivent des versements bimensuels réguliers du ministère provincial de la Santé. Le montant des versements est établi d'après les subventions annuelles d'exploitation fixées par le Ministère. Des ajustements peuvent être faits après qu'une vérification de l'hôpital a été effectuée.

Pour l'année 1990-1991, le coût des programmes hospitaliers (y compris la gestion des programmes, les subventions versées aux hôpitaux pour les frais d'exploitation, la construction et la rénovation des hôpitaux, et l'équipement hospitalier) est estimé à 2,36 milliards de dollars. Les paiements aux hôpitaux de l'extérieur de la province, inclus dans le montant précédent, totalisaient 35 millions de dollars.

Mode de paiement des soins médicaux

Les services médicaux dispensés dans la province sont payés aux médecins de la province par l'intermédiaire de la *Medical Services Commission* d'après les demandes de remboursement soumises par les médecins. Le bénéficiaire des soins n'a généralement pas à acquitter les frais directement. Les demandes d'indemnités des médecins, pour un volume déterminé de services, se font par le biais du *Teleplan Program*. Quatre-vingt-dix-huit p. 100 des demandes de remboursement sont soumises électroniquement et le restant, 2 p. 100, est soumis par des médecins dont le nombre de patients est moindre à partir de cartes de demandes de remboursement.

Rémunération raisonnable

La rémunération des médecins est fondée sur un barème établi par la *Medical Services Commission (MSC)*, en collaboration avec l'Association médicale de la Colombie-Britannique. Les dentistes et autres professionnels de la santé qui dispensent des services assurés ont leurs propres barèmes d'honoraires approuvés par la Commission.

L'accord entre la *Medical Services Commission* et l'Association médicale de la Colombie-Britannique concernant les honoraires expire le 31 mars 1992.

Au cours de l'année 1990-1991, la Colombie-Britannique a versé près de 1,20 milliard de dollars aux médecins de la province. Pour les services des médecins offerts à l'extérieur de la province, le régime a payé environ 13 millions de dollars. Environ 10 millions de ces 13 millions de dollars représentaient les paiements aux autres provinces et territoires en vertu de l'entente de facturation réciproque.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

La Division des soins prolongés du ministère de la Santé offre une vaste gamme de services d'aide à l'échelle communautaire qui existent afin de venir en aide aux personnes qui ont des problèmes de santé à long terme entravant leur autonomie. Ces services comprennent : l'évaluation, la gestion de cas, les services d'aide à domicile (aides familiales, services infirmiers à domicile, physiothérapie, ergothérapie et les programmes reliés aux repas); les services de soins en établissement (foyers de soins familiaux, les foyers de groupe et de soins intermédiaires, les hôpitaux privés, les unités de soins de longue durée et de soins spéciaux); et les services d'aide spéciale (soins de jour pour adultes, services de relève et les centres de traitement et d'évaluation). Ces services sont offerts par l'intermédiaire de 16 unités sanitaires et cinq services municipaux de la santé et fournis à l'échelle communautaire.

Les soins en établissement existent dans le but d'assurer aux adultes dont on ne peut plus s'occuper à domicile des soins et une surveillance dans un environnement protégé et où l'on retrouve un soutien.

Il existe également des services de soins infirmiers à domicile qui incluent des soins infirmiers professionnels aux personnes de tout âge. Ces services sont disponibles sur une base non urgente et comprennent l'évaluation et la consultation, la coordination des soins, et les soins infirmiers directs pour les clients ayant besoin de services de soins chroniques, aigus, palliatifs ou de réadaptation.

Par le biais des services de soins de jour pour adultes, l'on retrouve des programmes sociaux, de santé, et de loisirs organisés qui permettent d'améliorer ou de compléter les services offerts à domicile ou dans un établissement.

La *Continuing Care Act* est entrée en vigueur le 1er juillet 1990. La Loi offre un cadre statutaire qui permet de définir la relation entre le ministère de la Santé, qui alloue le financement, et les prestataires, qui procurent des services de soins prolongés non aigus.

YUKON

GESTION PUBLIQUE

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Les deux régimes, le *Yukon Hospital Insurance Services Plan* et le *Yukon Health Care Insurance Plan* sont gérés par des employés nommés conformément aux dispositions du *Public Service Act*. Les régimes sont gérés sans but lucratif et sont soumis à la vérification du bureau du Vérificateur interne et du bureau du Vérificateur général.

INTÉGRALITÉ

Régime d'assurance-hospitalisation

Au nombre des services d'hospitalisation assurés figurent l'hébergement et les repas en salle commune; tous les services infirmiers nécessaires; tous les services de laboratoire, de radiologie et les services diagnostiques; tous les médicaments, les produits biologiques et les appareils prescrits par un médecin et dispensés dans un hôpital; l'usage des salles d'opération, des salles d'accouchement et des installations d'anesthésie; les fournitures chirurgicales courantes; les services de radiothérapie et de physiothérapie; et les services dispensés par des personnes qui sont payées par l'hôpital.

Tous les soins dispensés dans les centres de traitement actif aux niveaux III, IV, et V sont pleinement assurés. L'hospitalisation en chambre privée ou semi-privée est également assurée si elle est médicalement indiquée. Les soins fournis dans les services de consultation externe des centres de traitement actif, pour des états qui ne peuvent être traités ailleurs qu'à l'hôpital, sont pleinement assurés aux tarifs approuvés en vigueur.

Les services assurés de consultation externe englobent : les services de laboratoire, de radiologie et d'autres procédures diagnostiques, ainsi que les interprétations nécessaires pour assister dans le diagnostic et le traitement de blessures, de maladies ou d'incapacités; les services infirmiers nécessaires; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes quand ils sont dispensés dans un hôpital; l'utilisation des salles d'opération et des installations d'anesthésie, y compris les équipements et fournitures nécessaires; les fournitures de chirurgie courantes; et les services dispensés par des personnes qui sont payées par l'hôpital.

Sont exclus : les hospitalisations des non-résidents (par exemple, pension à l'hôpital, soins de niveaux I ou II fournis dans un hôpital); les médicaments et les produits biologiques requis par un malade après son congé de l'hôpital; le supplément pour une chambre privée ou semi-privée lorsque celle-ci n'est pas nécessaire sur le plan médical; et les services spéciaux demandés par le malade (la télévision, les services d'une infirmière privée non prescrits par le médecin, etc.).

Régime de soins médicaux

Les services médicalement nécessaires fournis par des médecins sont pleinement assurés s'ils sont fournis au Canada. Les soins dentaires sont assurés s'ils sont conformes aux traitements de chirurgie buccale prévus dans les règlements et ne peuvent être exécutés que dans un hôpital (par exemple, l'extraction chirurgicale d'une dent, les résections de racines, etc.).

Sont exclus : les services médico-légaux, y compris les examens et les rapports qui en découlent et les témoignages en cour ou la fourniture de preuves dans le cadre de poursuites judiciaires; la durée

de la détention; les services assurés qu'un médecin dispense à lui-même ou à une personne à sa charge, sauf en cas d'indication contraire de l'Administrateur; la rédaction d'ordonnances; la distribution par un médecin de médicaments, de produits pharmaceutiques ou d'appareils médicaux; l'ajustement et la distribution de lunettes; les soins dentaires courants y compris les radiographies dentaires; les services dispensés à la demande d'un tiers; les services fournis à des fins esthétiques, à moins d'avoir été expressément autorisés par le Conseiller médical du régime; le rétablissement de la fécondité; les rapports ou certificats médicaux; les immunisations de groupe; les consultations téléphoniques; l'acupuncture; les services dispensés par des podiatres, des ostéopathes, des orthodontistes et des chiropracticiens; les coûts des appels téléphoniques interurbains engagés par le médecin lorsqu'il dirige ses malades vers d'autres services; la chirurgie dentaire dispensée à l'extérieur de l'hôpital; les procédures de laboratoire et de radiographie dispensées dans des établissements qui ne sont pas approuvés par le régime.

Outre les services de santé assurés en vertu du *Yukon Health Insurance Plan* et administrés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, le Yukon offre également d'autres services en vertu du *Health Benefits Program*, notamment le programme de services pharmaceutiques, le *Pharmacare*; les services complémentaires de santé, les *Extended Health Care Benefits*, aux personnes âgées; et le programme pour les personnes atteintes de maladies chroniques ou d'incapacités, le *Chronic Disease and Disability Program*. Il existe également un programme pour le transport de tous les patients ayant besoin de soins médicaux qui couvre à la fois les soins urgents et non urgents tant à l'intérieur du Yukon que dans les centres de soins tertiaires en Alberta et en Colombie-Britannique. Il offre également une subvention pour défrayer les coûts des repas et du logement des patients qui doivent se déplacer pour se rendre dans un centre afin de recevoir des soins médicaux. Les services d'audiologie, de psychologie, d'orthophonie et de dépistage par mammographie font partie des services de santé communautaire financés par le Ministère.

UNIVERSALITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

En vertu des deux régimes, tous les habitants du Yukon, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux, sont pleinement assurés. Les services qui sont nécessaires sur le plan médical sont fournis selon les mêmes modalités et conditions à tous les résidents de bonne foi du territoire. La définition du mot «résident» est celle utilisée dans la *Loi canadienne sur la santé*.

La *Yukon Health Insurance Plan Act* exige que toute personne qui établit sa résidence dans le territoire s'inscrive et inscrive les personnes à sa charge au régime. L'admissibilité n'est pas liée à l'inscription en vertu d'une loi ou d'un règlement quelconque. Aucune prime n'est exigée.

TRANSFÉRABILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Toutes les modalités et conditions de l'entente sur l'admissibilité et la transférabilité sont pleinement respectées. L'uniformité des définitions a été assurée dans les règlements, les politiques et les procédures. Les résidents sont protégés par le régime dans les trois mois qui suivent leur arrivée dans le territoire.

La protection est accordée dès le premier jour aux citoyens canadiens qui reviennent dans le territoire, aux immigrants reçus, aux militaires des Forces armées et aux membres de la Gendarmerie royale du Canada qui retournent à la vie civile, aux personnes libérées des pénitenciers fédéraux et aux détenteurs d'un permis ministériel. Une protection pour une période prolongée peut être accordée sur demande dans certaines circonstances. En général, ces prolongations sont limitées à 12 mois et un avis préalable est désirable. Les résidents doivent maintenir une résidence permanente et ils doivent demeurer habituellement au Yukon.

Paiement des services dispensés au Canada

Les services fournis aux malades hospitalisés sont payés au *per diem* de salle établi par l'autorité compétente. Les services de consultation externe et les services assurés pour les soins médicaux sont payés conformément aux accords de facturation réciproque.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les services hospitaliers et médicaux sont payés au moins élevé des deux tarifs suivants : le tarif de l'établissement qui les a fournis ou le tarif en vigueur au Yukon. Aucune condition n'est imposée, que le traitement soit urgent ou facultatif.

Déménagement permanent à l'extérieur du territoire

En cas de déménagement permanent dans une province ou dans un autre territoire, la couverture est généralement de trois mois. Cette garantie peut être prolongée pour une période allant jusqu'à 12 mois si la personne ne s'installe pas immédiatement ailleurs.

ACCESSIBILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Aucuns frais modérateurs ou frais de coassurance ne sont exigés en vertu du *Hospital Plan*. Il n'y a pas pénurie de lits d'hôpitaux et il n'existe aucune liste d'attente. Au Yukon, le nombre de lits d'hôpitaux est supérieur à la demande, surtout dans les régions éloignées où les hôpitaux de district ont parfois un taux d'occupation aussi bas que 20 p. 100.

L'accès aux spécialistes et aux hôpitaux de soins tertiaires est assuré grâce à un programme de médecins spécialistes itinérants subventionné à même les fonds publics et à un programme d'assurance-voyage pour traitements médicaux.

Au Yukon, aucune surfacturation n'est faite pour les services fournis en vertu du *Health Care Insurance Plan*.

Le Yukon juge qu'il a trop de médecins, de dentistes et de chirurgiens dentistes. Le rapport médecin-population se situe à près de 1 pour 500.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux agréés du Yukon reçoivent des montants établis selon un processus d'examen budgétaire. Chaque année, les hôpitaux doivent présenter leurs budgets au *Yukon Hospital Insurance Services Plan*

qui en fait l'étude. Des montants prélevés sur le budget prévu tant pour les services aux patients externes que pour les services aux malades hospitalisés sont versés aux hôpitaux trimestriellement, après l'approbation conjointe, en janvier 1986, d'une entente portant sur les conditions administratives, la *Memorandum of Understanding*.

La somme des paiements faits aux hôpitaux du Yukon s'est élevée à 11 020 153 $ en 1990-1991. Au cours de la même période, le total des paiements faits aux hôpitaux à l'extérieur du territoire s'est établi à 5 527 038 $. Dans le territoire, il y a eu 4 476 congés pour les résidents et 271 congés pour les non-résidents (congés et transferts d'adultes, d'enfants et de nouveau-nés) et les hôpitaux ont enregistré 17 986 jours-soins pour les résidents et 1 455 pour les non-résidents.

Mode de paiement des soins médicaux

Tous les médecins du Yukon demandent directement le paiement de leurs honoraires au *Health Care Plan*. Depuis le 1er avril 1988, il y a traitement réciproque des demandes de remboursement des frais médicaux pour les services fournis dans une autre province ou dans un autre territoire aux non-résidents canadiens et aux résidents du Yukon.

Rémunération raisonnable

Une ou deux fois par an (selon la durée de l'entente en vigueur), les tarifs sont négociés avec les médecins qui sont rémunérés à l'acte; des comités permanents représentent le régime et la profession. Ces comités se réunissent régulièrement (de tous les mois à tous les trois mois) afin de faire les redistributions, de préciser les pratiques, de résoudre les problèmes et de se prononcer sur les actes de facturation contestés.

Au cours de 1990-1991, le régime a versé près de 6 554 518 $ aux médecins du territoire et 1 121 037 $ aux médecins de l'extérieur.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

Certains lits d'hôpitaux et du Macaulay Lodge sont réservés aux soins intermédiaires en centre d'accueil et aux soins aux adultes en établissement. Ces services comprennent la surveillance médicale, les soins infirmiers, la physiothérapie, ainsi que des programmes de loisirs et d'activités sociales.

La Direction des services de santé du ministère de la Santé et des Services sociaux a approuvé l'instauration d'un autre niveau de soins prolongés (niveau III). On a planifié et construit un établissement de soins prolongés de 40 lits, offrant également des soins thérapeutiques de jour et des soins palliatifs, et une salle de 10 lits pour les individus atteints d'incapacité mentale, afin de fournir ces services additionnels.

La Direction générale des Services sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux offre un programme de soins à domicile, qui a pour but de venir en aide aux personnes qui ont besoin d'assistance afin de maintenir leur autonomie à domicile. Les services offerts dans le cadre de ce programme comprennent les soins infirmiers à domicile, l'entretien ménager, les soins personnels et les soins de répit.

TERRITOIRES DU NORD-OUEST

GESTION PUBLIQUE

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Le programme d'assurance-hospitalisation, le *Hospital Insurance Program*, est géré par le ministère de la Santé du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. Tous les hôpitaux sont tenus de présenter des rapports annuels qui ont été vérifiés par une firme publique d'experts-comptables. En vertu de la *Territorial Hospital Insurance Services Act*, le bureau de vérification du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest doit également examiner les activités de tous les hôpitaux.

Le programme de soins médicaux, le *Medical Care Program*, est géré entièrement par le ministère de la Santé des territoires. Le Vérificateur général du Canada est chargé de vérifier les comptes du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.

INTÉGRALITÉ

Régime d'assurance-hospitalisation

Les services assurés aux patients hospitalisés sont les suivants : l'hébergement et les repas en salle commune; les services infirmiers nécessaires; les services de laboratoire, de radiologie et autres services diagnostiques; les médicaments, les produits biologiques et les préparations connexes prescrits par un médecin et administrés à l'hôpital; les fournitures chirurgicales courantes; l'utilisation des salles d'opération, d'accouchement et des installations d'anesthésie; l'utilisation des services de radiothérapie et de physiothérapie, là où ils en existent; les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme agréé; les services dispensés par des personnes qui sont rémunérées par l'hôpital; et les services fournis par un centre approuvé de désintoxication.

Les services de consultation externe comprennent : les examens de laboratoire, les radiographies et les interprétations, quand ils sont requis par un médecin et dispensés dans des installations de consultation externe d'un hôpital agréé; les services hospitaliers en rapport avec la plupart des interventions médicales et chirurgicales mineures; les services de physiothérapie, d'ergothérapie et d'orthophonie dans un hôpital agréé; et les services de psychiatrie et de psychologie fournis dans le cadre d'un programme d'hôpital agréé.

Les services jugés expérimentaux par les territoires ou par le corps médical en général ne sont pas assurés. En outre, les services de chirurgie esthétique, l'hébergement en chambre privée ou semi-privée à la demande du patient, les médicaments et les produits biologiques fournis après le congé de l'hôpital, le téléphone, la télévision et les services de soins infirmiers privés et les frais ambulanciers (à l'exception de transferts interhospitaliers) ne sont pas assurés.

En vertu du régime d'assurance-hospitalisation, les services aux malades chroniques et les services complémentaires sont assurés. Les services de soins sont assurés. Le logement et la pension ne sont pas assurés. Les patients doivent contribuer au logement et à la pension d'après les règlements des Services d'assurance-hospitalisation des territoires.

Régime de soins médicaux

Tous les services médicalement nécessaires fournis par les médecins sont assurés en vertu du programme de soins médicaux, ainsi que : les services diagnostiques et thérapeutiques approuvés; les

services chirurgicaux nécessaires; les soins obstétriques complets; les examens de la vue et les consultations chez un spécialiste même quand le patient n'a pas été envoyé par un omnipraticien. Les services dentaires ne sont assurés que lorsqu'il s'agit d'interventions spécifiques de chirurgie buccale rendues nécessaires à la suite d'une blessure ou d'une maladie de la mâchoire et pratiquées dans un établissement approuvé.

Les services suivants ne sont pas assurés : les services médico-légaux; les consultations téléphoniques ou les ordonnances fournies par téléphone; la chirurgie esthétique; les rapports ou certificats médicaux; les examens effectués à la demande d'un tiers; les services d'optométrie; l'acupuncture; les immunisations de groupe; la fécondation *in vitro*; le rétablissement de la fécondité; les frais de déplacement; les services dispensés par un médecin aux membres de sa famille; les pansements, les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et les préparations connexes; les lunettes et les appareils spéciaux; les plâtres, les appareils chirurgicaux ou les bandages spéciaux; les traitements fournis au cours des services de chiropractie, de podiatrie, de naturopathie, d'ostéopathie ou toute autre intervention pratiquée habituellement par des personnes qui ne sont pas médecins; les services de physiothérapie et de psychologie qui n'ont pas été dispensés dans un établissement de consultation externe assuré; et les services assurés en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* ou de toute autre loi fédérale ou territoriale.

Outre les services de santé assurés de base, les Territoires du Nord-Ouest offrent également un programme d'aide financière pour les déplacements à des fins médicales, le *Medical Travel Subsidy Program*, et un programme de prestations complémentaires de santé, le *Extended Health Benefits*, destinés à aider les résidents métis et non-autochtones à payer les frais liés à la recherche, au traitement, à l'entretien et à la réadaptation dans le cas de certaines longues maladies débilitantes. Les prestations comprennent les médicaments, les fournitures et les appareils pour les soins médicaux et les prothèses, ainsi que certaines prestations de déplacement.

UNIVERSALITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Au titre des régimes des territoires, tous les résidents des territoires ont le droit d'être inscrits au régime, à l'exception des membres des Forces armées canadiennes ou de la Gendarmerie royale du Canada et des détenus des pénitenciers fédéraux. Les exigences relatives à la résidence sont conformes à l'Entente interprovinciale sur l'admissibilité et la transférabilité. Il n'existe aucune clause spéciale autre que celles contenues dans cette entente. Aucune prime n'est perçue.

TRANSFÉRABILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Délai minimal de résidence

Le délai minimal de résidence n'est pas supérieur à trois mois. Cependant, le régime se réserve le droit de déterminer si une personne a véritablement établi sa résidence dans les territoires ou si elle n'y est que temporairement.

Les immigrants reçus, les détenus des pénitenciers fédéraux qui ont obtenu leur libération ainsi que les personnes qui ont quitté les Forces armées canadiennes ou la Gendarmerie royale du Canada sont assurés dès le premier jour.

Les résidents des territoires qui s'absentent temporairement demeurent assurés pendant une période ne dépassant pas 12 mois, pourvu qu'il y ait un avis préalable.

Paiement des services dispensés au Canada

Tous les services hospitaliers et de soins médicaux sont couverts selon le taux déterminé par la province ou le territoire d'accueil. Les patients ne sont pas tenus d'obtenir une autorisation préalable. En ce qui a trait à l'hospitalisation, le patient n'est jamais facturé directement, tandis que dans le cadre des services de soins médicaux, les patients peuvent être remboursés, le cas échéant. Cependant, les prestations autorisées sont celles qui sont déterminées et approuvées par les Territoires du Nord-Ouest.

Paiement des services dispensés à l'étranger

Les résidents qui ont pris eux-mêmes l'initiative de se faire traiter à l'étranger sont remboursés au tarif en vigueur dans les territoires pour des services équivalents, sur présentation du reçu original. Si les services en question ne sont pas disponibles dans les territoires, le taux de remboursement est établi selon le tarif en vigueur à un autre endroit approprié du Canada.

Lorsque les médecins traitants et le gouvernement conviennent que le service requis par un malade n'est pas disponible au Canada, tous les services assurés appropriés fournis au malade ainsi dirigé vers l'étranger sont assurés au tarif de l'établissement où ces services sont dispensés, s'il y a eu approbation préalable.

Déménagement permanent à l'extérieur des territoires

Les personnes qui déménagent dans une province ou dans un autre territoire sont assurées pendant trois mois, conformément aux dispositions de l'entente sur l'admissibilité et la transférabilité. La couverture expire à la date de départ pour les résidents quittant les Territoires du Nord-Ouest pour s'établir à l'extérieur du Canada.

ACCESSIBILITÉ

Régimes d'assurance-hospitalisation et de soins médicaux

Accès raisonnable

Tous les résidents des Territoires du Nord-Ouest ont accès à toutes les installations gérées par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. En 1990-1991, les Territoires du Nord-Ouest comptaient six hôpitaux pour soins aux personnes souffrant de maladies aiguës, pour un total de 250 lits et couchettes et 50 berceaux.

Paiements aux hôpitaux

Les hôpitaux des Territoires du Nord-Ouest reçoivent des montants établis selon un processus d'examen budgétaire. Les soins hospitaliers fournis à l'extérieur des territoires sont payés conformément aux accords réciproques interprovinciaux-territoriaux sur la facturation. En 1990-1991, les dépenses au titre des services hospitaliers assurés se sont élevées à 84,4 millions de dollars. Le total des versements aux hôpitaux à l'extérieur des territoires pour les services assurés dispensés aux résidents des Territoires du Nord-Ouest s'élevait à 20,5 millions de dollars.

Mode de paiement des soins médicaux

Les médecins peuvent être engagés par un hôpital ou un Conseil de santé et être salariés, ou ils peuvent travailler en cabinet privé et être rémunérés à l'acte.

Rémunération raisonnable

Au cours de 1990-1991, le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et l'Association médicale des Territoires du Nord-Ouest ont conclu une entente qui a par la suite pris force de loi sous forme de règlements du *Medical Care Act*. Ces règlements, qui visent la période débutant le 1er novembre 1990, permettent une augmentation nette annuelle de 4,1 p. 100.

Au cours de 1990-1991, les paiements aux médecins sont estimés à 11,6 millions de dollars. Au total, près de 3,3 millions de dollars ont été versés à des médecins de l'extérieur.

SERVICES COMPLÉMENTAIRES DE SANTÉ

Les soins dans les centres d'accueil sont assurés dans le cadre de la *Territorial Hospital Insurance* et fournis dans certains lits désignés des établissements d'Inuvik, de Chesterfield Inlet, d'Iqaluit, de Yellowknife, de Hay River, de Fort Smith, de Fort Simpson et de l'hôpital régional de Baffin. Lorsque les services requis ne sont pas offerts dans les Territoires du Nord-Ouest, les clients sont hospitalisés dans des établissements de soins dans le sud du Canada.

De plus, les ministères de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest coordonnent des services de soins à domicile dans les communautés de Yellowknife, de Hay River, de Fort Smith, d'Inuvik, de Baker Lake et d'Iqaluit.